



В. М. Бехтерев
Избранные труды

Вступительная статья и примечания

В. М. БЕХТЕРЕВ (1857— 1927)

Научная, врачебная и общественная деятельность Владимира Михайловича Бехтерева протекала в последней четверти XIX и первой четверти XX века. В это время в России быстрыми темпами развивается капитализм. Одновременно зарождается и быстро нарастает революционное движение рабочего класса, приведшее под руководством коммунистической партии к победе Великой Октябрьской социалистической революции.

Ученые конца XIX и начала XX века разделились на две группы — прогрессивную, преследуемую царским правительством, и реакционную, поддерживаемую им. В. М. Бехтерев принадлежал к группе прогрессивных ученых.

Будучи прежде всего выдающимся невропатологом и психиатром, В. М. Бехтерев не ограничивал свою деятельность этими областями. Он вел широкие научные исследования в области анатомии и физиологии нервной системы, а также психологии. С самого начала своей научной работы он развернул широкую общественную и организаторскую деятельность, преимущественно в области организации медицины и народного образования.

В связи с 25-летием со дня смерти В. М. Бехтерева проф. А. Г. Иванов-Смоленский писал, что он «является одним из самых выдающихся представителей отечественной психоневрологии,

оставившим после себя сотни научных работ, среди которых ряд имеющих фундаментальный характер. Он оставил глубокий и плодотворный след в невропатологии, психиатрии, нейроморфологии, психотерапии, в учении о локализации функций, гигиене нервной системы, нейрохирургии, психологии и т. д. Его научные труды получили мировую известность и завоевали в свое время огромный авторитет, преимущественно у клиницистов. Велико также значение В. М. Бехтерева как общественного деятеля и организатора научных учреждений».

Владимир Михайлович Бехтерев родился в селе Сорали Елабужского уезда Вятской губернии 20 января 1857 г. Девяти лет он потерял отца, и семья, состоявшая из 5 человек—матери и четверых сыновей, испытывала большие материальные трудности. Однако умная и культурная мать с большим трудом все же обеспечила детям хорошее образование.

Владимир Михайлович учился в Вятской гимназии. С детства он любил природу и обнаруживал большой интерес к естествознанию, читал с увлечением естественно-научную литературу и, в частности, труды Дарвина. В юности он познакомился с произведениями революционных демократов-материалистов— Н. А. Добролюбова, Д. И. Писарева и других, оставившими глубокий след в его теоретических и общественно-политических взглядах.

По окончании гимназии В. М. Бехтерев поступил в Медико-хирургическую, позже Военно-медицинскую, академию в Петербурге. Здесь он с большим увлечением занимался естественными и медицинскими науками, а на четвертом курсе сосредоточил свое внимание на клинике нервных и психических болезней.

В студенческие годы Владимир Михайлович участвовал в выступлениях студентов, демонстрациях рабочих, например, в вошедшей в историю революционного движения в России демонстрации на Казанской площади в декабре 1876 г.

В период весны и лета 1877 г. В. М. Бехтерев прервал свои занятия в Медико-хирургической академии и отправился на театр военных действий на Балканы. В корреспонденциях, которые он присылал оттуда в периодические издания, он отразил свое глубокое преклонение перед героизмом русского солдата и горячую симпатию к славянским народам.

В 1878 г. В. М. Бехтерев окончил Медико-хирургическую академию с отличием и премией и был оставлен при академии для подготовки к профессорской деятельности.

Свою научную работу В. М. Бехтерев начал под руководством И.

П. Мержеевского. В 1880 г. он защитил диссертацию на тему «Опыт клинического исследования температуры тела при некоторых формах душевных болезней», в которой психические нарушения и изменения температуры тела рассматривает в единстве, как проявления болезни мозга. Эта диссертация явилась продолжением исследований И. П. Мержеевского, изложенных в работе «Клинические исследования неистовых больных (vesanici)». В этой работе заметно влияние идей С. П. Боткина, заложившего основы учения нервизма в медицине. Вскоре после защиты диссертации В. М. Бехтерев получил звание приват-доцента и был избран профессором Казанского университета.

В Казани В. М. Бехтерев развернул широкую научную и научно-общественную деятельность. Он превратил окружную психиатрическую больницу в базу психиатрической клиники, используя ее для педагогических и научных целей. Научную работу в области невропатологии он развернул в Казанском военном госпитале. В Казанском университете В. М. Бехтерев устроил первую в России психофизиологическую лабораторию. Из кафедры, руководимой В. М. Бехтеревым, вышло много научных трудов, она привлекала к себе большое число сотрудников. По инициативе В. М. Бехтерева в Казани было организовано общество невропатологов и психиатров, которое начало издавать журнал «Неврологический вестник».

Казань в этот период являлась одним из важнейших культурных центров России. В. М. Бехтерев работал там в тесном содружестве с замечательными учеными, медиками и естествоиспытателями — Н. А. Виноградовым, Н. О. Ковалевским, Е. В. Адамиком, К. Н. Арнштейном, А. М. Зайцевым и др. Особенно тесен был научный контакт его с крупным казанским физиологом Н. А. Миславским, совместно с которым В. М. Бехтерев провел ряд важных исследований.

В. М. Бехтерев содействовал привлечению в Казань на кафедру невропатологии впоследствии одного из виднейших невропатологов Л. О. Даркшевича.

Казань в то время была немаловажным участком пробуждающегося революционного движения; в 80—90-е годы революционная пропаганда казанских народовольцев охватила много рабочих. Создавались нелегальные типографии. В студенческие народнические кружки проникали идеи марксизма. Н. Федосеев в 1888 г. сформировал первый марксистский кружок, в котором участвовал В. И. Ленин.

В. М. Бехтерев привлекал к себе на работу прогрессивно настроенную молодежь. Так, его ученик П. А. Останков, подвергавшийся аресту за участие в студенческих беспорядках,

с трудом, лишь при активной поддержке Владимира Михайловича, получил утвержденную в штате кафедры должность; В. М. Бехтерев никогда не сообщал о студентах, отсутствующих на его лекциях вследствие участия в сходках. Уже в этот период В. М. Бехтерев считался неблагонадежным и его не награждали при царском режиме, хотя его научная и педагогическая деятельность была исключительно продуктивной.

В Казани В. М. Бехтерев работал 8 лет. За это время он выпустил двухтомный труд «Нервные болезни в отдельных наблюдениях», а также подготовил первое издание своего классического труда «Проводящие пути спинного и головного мозга».

В 1893 г. В. М. Бехтерев начал работать в Петербурге в Военно-медицинской академии. Несколько позже он был избран также на вновь открывшуюся кафедру нервных и душевных болезней Женского медицинского института. В этот период размах его педагогической, научной, научно-организаторской и научно-общественной деятельности значительно расширился. В Военно-медицинской академии он реорганизовал психиатрическую клинику и построил новую клинику нервных болезней, открыв при ней одно из первых в мире нейрохирургическое отделение, большое физиотерапевтическое отделение и ряд лабораторий, а именно: анатомо-гистологическую, физиологическую, психологическую, биохимическую, большой фотографический кабинет, а позже, в 1908 г., первый в России электрокардиографический кабинет.

Преподавание невропатологии и психиатрии в Военно-медицинской академии и в Женском медицинском институте было поднято В. М. Бехтеревым на большую высоту. Он знакомил студентов со всеми новейшими достижениями в клинике нервных и психических болезней, с перспективами развития этих областей медицины, стремился прививать молодежи материалистическое понимание сущности нервных и психических заболеваний, прогрессивные общественные взгляды.

Научная работа в клинике привлекала множество врачей со всех концов России, нередко из-за границы. За 20 лет руководства клиникой Военно-медицинской академии В. М. Бехтеревым в ней занималось больше тысячи врачей, а ежегодно не менее 40 человек работали над различными научными вопросами в области невропатологии, психиатрии и смежных дисциплин. Под руководством Владимира Михайловича было написано и защищено большое число диссертаций на соискание степени доктора медицины. Исследования, проводившиеся в клинике, докладывались и обсуждались в Обществе психиатров и невропатологов, в Русском обществе нормальной и

патологической психологии, на научных заседаниях врачей клиники нервных и душевных болезней Военно-медицинской академии, которыми руководил В. М. Бехтерев, а также в других обществах, на пиროговских съездах, на съездах невропатологов и психиатров.

В. М. Бехтерев основал ряд специальных журналов и изданий и являлся их главным редактором. Из них наиболее известны журналы «Обозрение психиатрии, невропатологии и экспериментальной психологии» и «Вестник психологии, криминальной антропологии и гипнотизма». Владимир Михайлович был также членом редакционной коллегии ряда других русских и зарубежных журналов.

За этот период В. М. Бехтеревым были изданы труды «Основы учения о функциях мозга», «Психика и жизнь», «Объективная психология», «Внушение и его роль в общественной жизни» и написано более 200 разнообразных статей, посвященных вопросам анатомии, физиологии, психологии, психиатрии и невропатологии.

Прогрессивные общественно-политические позиции В. М. Бехтерева особенно ярко выявились в период революции 1905 г. Вместе с рядом ученых им был подписан протест, в котором характеризовалось положение школы того времени, освещалась недопустимая политика царизма в области просвещения, опирающаяся на полицейский режим, указывалось на несовместимость академической свободы с государственным строем России, выдвигалось требование политической свободы и народного представительства в органах государственной власти. В бурный период 1905 г. В. М. Бехтерев по избранию совета Военно-медицинской академии исполнял обязанности начальника академии. В этом же 1905 г. на II съезде отечественных психиатров, происходившем в Киеве, он выступил с докладом «Об условиях развития личности». Этот доклад Бехтерева представлял не только научный интерес — он явился также выражением политического протеста, смысл которого ясно выразился в словах, которыми Бехтерев закончил свой доклад: «Отворите мне темницу, дайте мне сиянье дня». Доклад окончился бурной овацией докладчику, вслед за которой начался митинг, повлекший за собой запрещение съезда.

Широкая известность и авторитет позволили В. М. Бехтереву собрать общественные средства для организации задуманного им нового, прогрессивного научного и учебного учреждения — психоневрологического института и привлечь лучших передовых, демократически настроенных ученых разных областей знания к работе в этом институте.

Задачей основанного в 1908 г. психоневрологического института

как научного учреждения было всестороннее изучение личности и разработка вопросов нормальной и патологической неврологии и психологии на широкой основе естественных и общественных наук. Задачей института как высшего учебного заведения являлась подготовка юристов, педагогов и врачей, широко образованных в области естественных и общественных наук и особенно психоневрологии. В институт принимались лица без ограничения пола, возраста и национальности. Студенты через своих представителей в совете института могли участвовать в руководстве жизнью института.

В состав профессоров и преподавателей института входили такие прогрессивные и талантливейшие русские ученые, как Н. Е. Введенский, В. Л. Комаров, П. Ф. Лесгафт, П. А. Останков, Н. Н. Петров, Л. М. Пуссеп, Е. В. Тарле, А. А. Ухтомский и др.

1912 год был годом величайшего гнета со стороны царского правительства и началом нового подъема революционного движения. Речь В. М. Бехтерева, произнесенная в этом году на Московском съезде психиатров, имела важное общественное значение. Говоря о причинах самоубийств, опираясь на официальные данные, он предъявил обвинительный акт самодержавию, показав, что причиной роста самоубийств являются условия жизни царской России, чем вызвал не только широкий сочувственный отклик общественности, но и агрессивную реакцию по отношению к себе со стороны полиции и Министерства просвещения. Воспользовавшись тем, что у В. М. Бехтерева закончился установленный срок службы, его уволили из Военно-медицинской академии; царское правительство не утвердило его президентом созданного и руководимого им института. Наконец, за три дня до февральской революции царское правительство вынесло постановление о закрытии института, которое благодаря революции так и не осуществилось.

Общественная деятельность В. М. Бехтерева выходила далеко за пределы его родины. Он поддерживал активную связь с учеными славянских стран, привлекал их на отечественные съезды, участвовал в организованных ими научных конгрессах. В. М. Бехтерев наметил план связи Российской академии с академиями Балканских стран, разработал единый проект замещения кафедр профессорами в России и других славянских странах, что диктовалось недостатком научных кадров в этих странах и было возможно благодаря близости языков, а главное, разрешало задачи культурного объединения славян и освобождения их от подавляющего немецкого влияния.

Встретив с огромным подъемом Великую Октябрьскую социалистическую революцию, В. М. Бехтерев был одним из первых ученых, которые сразу перешли на сторону молодой

Советской республики и отдали все свои силы великому делу построения социализма. Свой доклад на публичном заседании конференции основанного им Государственного института по изучению мозга и психической деятельности в январе 1919 г. В. М. Бехтерев закончил такими словами: «На переломе истории нельзя стоять на перепутье и ждать — нужна воля к действию, к строительству и созидательной работе; и для нас, научных деятелей, которые всегда отдавали свои силы на служение человечеству, не должно быть колебаний. Мы должны отдавать себе отчет, будем ли мы с народом, который, завоевав себе свободу, хочет строить свое будущее сам и зовет нас соучаствовать в этом строительстве. Может ли быть сомнение в ответе на этот вопрос? Мы поэтому должны стремиться к тому, чтобы сократить, по возможности, время разрухи, отдавая всю сумму наших знаний и все умение на созидательную работу в настоящих условиях страны и на пользу народа».

1 января 1920 г. было опубликовано в газетах и передано по радио за границу обращение В. М. Бехтерева к врачам всего мира с призывом протестовать печатно и устно против затейной империалистами Антанты блокады Советской Страны — «неслыханного злодеяния цивилизованных стран, организующих массовое убийство наших граждан, особенно ни в чем не повинных детей и инвалидов».

Огромные возможности для научной, общественной и организаторской работы, которые открылись после Великой Октябрьской социалистической революции, еще больше расширили деятельность В. М. Бехтерева. Совместно с коллективом своих сотрудников он активно включился в разработку вопросов о новой культуре, новых задачах здравоохранения, воспитания и т. д., которые возникли перед молодым Советским государством. Владимир Михайлович руководил созданием новых научных и практических учреждений, организацией научных обществ, съездов, специальных курсов и т. д. В то же время он не оставлял ни лечебной, ни повседневной научной работы, к которой Советское государство предъявляло новые требования. Значительное развитие получил Психоневрологический институт. Молодая советская власть с особым вниманием отнеслась к прогрессивным идеям создателя института и его последователей, направленным на пользу широких трудящихся масс, улучшение здоровья населения, поднятие его культурного уровня на основе широкого развития советской науки.

Научная деятельность В. М. Бехтерева так обширна и многостороння, что не представляется возможным перечислить хотя бы названия его научных работ, а тем более достаточно полно осветить их значение.

Исследования В. М. Бехтерева по анатомии, напечатанные в различных русских и иностранных изданиях, были объединены в большом труде «Проводящие пути спинного и головного мозга». За этот труд он получил премию Бера Российской академии наук. В этой работе В. М. Бехтерев впервые дал полное и систематическое описание связей, соединяющих различные отделы спинного мозга, и хода нервных путей в различных отделах центральной нервной системы, представил систему строения головного и спинного мозга. Он показал неодновременность развития и тем самым разную функциональную роль различных проводящих систем и неодновременность созревания различных клеточных образований мозга, из которых корковые клетки развиваются позже всех.

В. М. Бехтерев убедительно опроверг положение Вирхова: «каждая клетка из клетки», доказав, что кора головного мозга в раннем периоде не имеет клеточного строения. В этом отношении его работы близки к современным исследованиям О. Б. Лепешинской.

В. М. Бехтереву также принадлежит ряд плодотворных идей и исследований в области динамической морфологии. Так, совместно с сотрудниками были произведены исследования изменения структуры мозговых клеток в связи с изменением их деятельности (В. И. Нарбут), указана изменчивость шиповидных отростков (синапсов), осуществляющих контакт между нейронами.

Начатое под руководством В. М. Бехтерева еще в Военно-медицинской академии изучение окончаний нервов во внутренних органах (С. А. Михайлов) было затем продолжено и развито в ряде работ отдела морфологии руководимого В. М. Бехтеревым Института мозга и вылилось в обширный круг вопросов о связи внутренних органов с центральной нервной системой.

В процессе морфологических исследований В. М. Бехтеревым открыт ряд нервных образований; некоторым из них присвоено имя В. М. Бехтерева. Так, им были описаны: ход задних корешков и их расчленение на отдельные группы; названная позже его именем группа клеток в наружной части шейки заднего рога; три ранее неизвестных пучка в спинном мозгу. В. М. Бехтерев подробно изучил так называемое сетевидное образование, описал ряд нервных пучков и ядер в мозговом стволе. Одно из них — ядро вестибулярного нерва — носит его имя. Изучая строение мозжечка, В. М. Бехтерев установил связи червячка и центральных ядер мозжечка как рецепторов центростремительных импульсов, исходящих с периферии (суставы, мышцы и сухожилия, полукружные каналы); он

показал, что полушария мозжечка связаны с варолиевым мостом и большими полушариями. Он же описал четыре пучка в *brachia conjunctiva* и установил, что *striae medullares* служат для соединения различных частей мозжечка.

В. М. Бехтерев показал, что бледное ядро соединяется с мозговой корой большими пучками, в то время как хвостатое тело и скорлупа получают из коры коллатеральные пучки, проходящие, вероятно, через внутреннюю капсулу. Он показал также, что наружный отдел мозговой ножки, считавшийся раньше центростремительным, на самом деле является центробежным проводником. Наружный корешок обонятельного нерва идет, по Бехтереву, прямо в крючковидную извилину, бахромы, а также свод являются центрифугальными пучками. В наружных слоях мозговой коры В. М. Бехтеревым найдена полоска, которая названа его именем.

Заслуживает большого внимания открытая им особенность строения мозговой коры, заключающаяся в том, что во всех участках ее имеются двоякого рода проводники — нисходящие и восходящие.

В. М. Бехтереву принадлежит ряд работ по физиологии, в которых теснейшим образом сочетаются вопросы морфологии и физиологии, клиники и экспериментального исследования. Так, совместно с П. Я. Розенбахом он установил трофические функции спинномозговых узлов.

Важное место занимают исследования В. М. Бехтерева в области функции органов равновесия. На основании экспериментов, имеющих не только физиологическое, но и клиническое значение, установлена роль полукружных каналов и лабиринта, дна третьего желудочка и мозжечка.

Большое значение имеет открытие В. М. Бехтеревым функции зрительных бугров, их роли в деятельности внутренних органов и в выразительных реакциях. Значение зрительных бугров как

подкоркового вегетативного центра освещено им задолго до работ Карплуса и Крейдля.

Нельзя не отметить роли В. М. Бехтерева в развитии электроэнцефалографии. Работы, вышедшие из его лаборатории (В. Е. Ларионов, С. А. Тривус, П. Ю. Кауфман), показали, что биоэлектрические явления обнаруживаются не только в коре полушарий, но что они не одинаково выражены в различных областях мозга в зависимости от характера воздействий и деятельности мозга.

В ряде работ совместно с проф. Н. А. Миславским и

самостоятельных, а также на основе исследования ряда учеников В. М. Бехтерев установил влияние раздражения подлежащих участков коры головного мозга на деятельность многих внутренних органов. Физиологические исследования В. М. Бехтерева подытожены в его большой работе, состоящей из 7 томов: «Основы учения о функциях мозга», представляющей энциклопедию экспериментальной и клинической физиологии мозга на этапе методов экстирпации и раздражения. В своем отзыве об этой работе И. П. Павлов указывал, что «она представляет изложение, единственное по своей полноте не только в русской, но и в иностранной литературе», основанное не только на литературном знании, но и на личном опыте. Считая что эта книга «должна стать главным руководством при специальном ознакомлении врачей и естественников с центральной нервной системой», И. П. Павлов делает ряд важных критических замечаний, из которых особенно существенны замечания, относящиеся к деятельности высших отделов центральной нервной системы, указывающие на смещение В. М. Бехтеревым психологической и физиологической точки зрения, на встретившее в литературе оппозицию представление о корковых центрах и на недостаточность методики их исследования. Применявшаяся В. М. Бехтеревым методика не давала возможности установить физиологические механизмы связи коры головного мозга и внутренних органов.

А. Г. Иванов-Смоленский об этом руководстве пишет: «Здесь дана находящаяся на уровне знаний того времени, почти исчерпывающая сводка исследований, посвященных локализации рецепторно-сензорных, вегетативных, скелетно-двигательных, сочетательных и высших психических функций в различных отделах мозга». В это время И. П. Павлов уже создал свой классический метод условных рефлексов, обеспечивающий строго объективное исследование высшей нервной деятельности животного и позволивший ему открыть корковую условнорефлекторную регуляцию деятельности внутренних органов и тканевых процессов. Этот вопрос впоследствии был широко разработан рядом его сотрудников, особенно М. К. Петровой, К. М. Быковым и М. А. Усиевичем.

В. М. Бехтерев в дальнейшем основывается на методе и учении об условных рефlekсах, называя их сочетательными. Он писал: «Неприменимость (по тому времени—В. М.) слюноотделительной методики к человеку заставили нас искать возможность выработать для лабораторных исследований сочетательно-двигательный рефлекс».

Нет необходимости говорить о том, что термин «сочетательный рефлекс» представляет синоним условного рефlekса, хотя термин «условный рефлекс» правильнее отражает лежащую в

основе его временную связь между очагами возбуждения, возникающими в коре головного мозга при действии раздражителей на организм, тогда как термин «сочетательный рефлекс» не раскрывает сущности высшей нервной деятельности.

Первая публикация об исследовании условных двигательных рефлексов у человека на основе исследования глотательного рефлекса у детей принадлежит одному из виднейших учеников И. П. Павлова — Н. И. Красногорскому. В. М. Бехтерев с сотрудниками сначала сделал попытку образования условных дыхательных рефлексов как у собак, так и у людей (В. Я. Анфимов, И. П. Спиртов), а затем остановился на методике двигательного условного рефлекса на животных и на людях (В. П. Протопопов, Н. И. Добротворская, А. Г. Молотков и др.).

В дальнейшем В. М. Бехтерев трактует все материалы своего прошлого опыта, клинических проблем и психической деятельности человека, основываясь на рефлекторной теории и прежде всего на учении об условных рефлексах.

В физиологических исследованиях на животных В. М. Бехтерев с самого начала, исходя из интересов неврологической клиники, был занят вопросами локализации, разрешая их с помощью методов раздражения и экстирпации.

Но в дальнейшем в понимании как физиологических, так и клинических фактов он все более преодолевает статические односторонне морфологические взгляды современных ему невропатологов и приближается к динамическому физиологическому пониманию, которое было последовательно развито в физиологическом учении И. П. Павлова о высшей нервной деятельности.

Так, установленную его исследованиями роль коры головного мозга в деятельности внутренних органов он начинает трактовать как условнорефлекторную (сочетательнорефлекторную). Коровые центры В. М. Бехтерев первоначально рассматривал как место проекции афферентных и исходное место эфферентных импульсов. Затем он выдвинул понимание их как «дифференцирующих площадок» в коре головного мозга. Размеры их различны для различных органов, а главное, динамически изменяются в зависимости от степени возбудимости. В. М. Бехтерев указывал на то, что центр представляет сложное образование, расположенное в различных этажах нервной системы. Если раньше он рассматривал центры только как место проекции того или иного органа, то в дальнейшем говорит о них как о местах образования связей между раздражителем и ответной реакцией. При этом Бехтерев различает первичные центры, где образуются простые

сочетания раздражений одного рецептора, и вторичные, в которых возникают сочетания сложных разнородных раздражений. Ассоциационных центров Флексига Бехтерев не признавал, так же как и И.П. Павлов.

В настоящее время работы В. М. Бехтерева, основанные преимущественно на методах раздражения и экстирпации, имеют главным образом историческое значение. Однако собранный в этих исследованиях большой фактический материал, объединяющий анатомию, физиологию и клинику, до сих пор имеет ценность для разрешения важнейшей проблемы связи структуры к функции, значение которой неоднократно подчеркивалось И. П. Павловым и разрешение которой сейчас осуществляется на основе созданной И. П. Павловым физиологии головного мозга.

Работы В. М. Бехтерева по психологии вначале не выходили за рамки объективного экспериментального психофизиологического исследования и были направлены преимущественно на экспериментальное изучение вопросов чувствительности, восприятия, ассоциативных процессов, моторных актов. Лишь с конца 90-х годов В. М. Бехтерев приступил к перестройке системы психологии на основе объективного метода. Основным его трудом в этой области является «Объективная психология», в которой делается попытка построить систему объективно-материалистического учения о рефлексах, особенно тех, которые приобретаются в индивидуальном опыте, т. е. условных или, как он называл их, сочетательных рефлексов. В дальнейшем В. М. Бехтерев заменил термин «объективная психология» термином «психорефлексология» и позднее ввел термин «рефлексология». Различные виды психической или высшей нервной деятельности В. М. Бехтерев рассматривал как различные виды условных (сочетательных) рефлексов.

Бесспорную заслугу В. М. Бехтерева представляет его стремление найти за мистифицированной системой понятий субъективно-идеалистической психологии их объективное содержание, заключающееся в актах взаимодействия индивидуума со всей окружающей его действительностью.

Однако, стоя в основном на материалистической позиции объективного исследования, В. М. Бехтерев не был вооружен единственно правильной методологией марксизма-ленинизма, поэтому он полностью не преодолел идеалистических и механистических ошибок, не был достаточно последователен в своих материалистических позициях, обнаруживал эклектизм. Борясь с вульгарным материализмом, он не был знаком с диалектическим материализмом; критикуя энергетизм Оствальда, Лассвица и других, он свои взгляды называл также

энергетизмом.

В. М. Бехтерева не удовлетворяла старая субъективная психология. Разрабатывая объективную психологию, он в вопросе о взаимоотношении между психическими и физиологическими процессами высказал (в своей работе «Психика и жизнь», 1902) «энергетическую концепцию», ничего общего не имевшую с диалектическим материализмом.

Стоя на позициях объективно-материалистического исследования личности, В. М. Бехтерев допускал возможность существования, наряду с объективной психологией, которую он позднее назвал рефлексологией, субъективной психологии, т. е., даже борясь с параллелизмом, он не мог полностью преодолеть его и стать на позиции последовательного материалистического монизма.

О недостаточности естественно-научного материализма В. М. Бехтерева свидетельствуют наиболее серьезные его ошибки в объяснении общественных явлений как рефлекторных актов, допущенные им в работе «Коллективная рефлексология».

Рефлексологическая концепция В. М. Бехтерева резко отличалась от созданной И. П. Павловым физиологии высшей нервной деятельности. Она возникла в результате попытки эклектически использовать физиологию головного мозга и данные субъективной психологии. Противопоставление явлений «нервного тока», т. е. «сочетательных» рефлексов, субъективным психологическим процессам привело В. М. Бехтерева к высказываниям, относящимся к психофизиологическому параллелизму. На ложных методологических позициях была создана Бехтеревым и так называемая коллективная рефлексология.

В работе «Коллективная рефлексология» В. М. Бехтерев пытался установить общие для мертвой материи, органической природы и общества законы, например, законы инерции, тяготения и др. Несмотря на признание их качественного различия, попытка распространить одни и те же законы и на явления неорганического и животного мира, и на общественные явления свидетельствует о непонимании Бехтеревым своеобразия этих явлений, о механицизме, биологизме и психологизме, особенно ясно выступающих при разрешении им социальных проблем.

Оттеняя преимущественную роль в развитии человека общественных условий, В. М. Бехтерев говорил о биосоциальной природе человека. При этом он не учитывал, что такое определение приемлемо и для эклектической теории двух факторов, не пытался отмежеваться от нее и стать на позиции последовательного историко-материалистического понимания

общественной природы человека.

Будучи выдающимся клиницистом невропатологом и психиатром, В. М. Бехтерев выдвигал важные прогрессивные и чрезвычайно ценные и для настоящего времени общие медицинские идеи.

То направление, которого придерживался В. М. Бехтерев в медицине, нередко называют анатомо-физиологическим. Однако такая характеристика его взглядов не может быть признана вполне правильной. Об этом свидетельствует ряд высказываний В. М. Бехтерева, в которых он указывает, что «следует совершенно отказаться от анатомического принципа объяснения психических расстройств...» и что «основа психических болезней должна быть патологофизиологическая, а не патологоанатомическая...».

Критикуя клеточную патологию Вирхова, В. М. Бехтерев указывал на то, что психические болезни, выражающие «нарушения отправления мозга, лишь относительно редко стоят в связи с анатомическими нарушениями самого мозга». «Центр тяжести болезненного процесса в огромном большинстве душевных заболеваний лежит вовсе не в изменениях мозга» (имеются в виду анатомические изменения.— В. М.), и даже по отношению к заболеваниям с «более или менее очевидными, сравнительно легко открываемыми патологоанатомическими изменениями мозга мы не видим в самом мозгу корней заболевания, а должны искать их в нарушенных условиях жизнедеятельности всего организма». Таким образом, в основу психоза кладется единство нарушенной деятельности мозга и всего организма, единство соматического и психического. В единстве организма, помимо регулирующей его жизнедеятельность центральной нервной системы, в частности, коры головного мозга, В. М. Бехтерев подчеркивал значение «биохимических систем». Эти биохимические системы связаны главным образом с эндокринными железами, роль которых и связь их с нервной системой были оценены В. М. Бехтеревым на заре эндокринологии. Также понимал он и значение обмена веществ.

В. М. Бехтерев указывал на то, что «в происхождении приобретаемых под влиянием внешних условий особенностей организма играет роль тот же гормонизм, который лежит в основе врожденных отличительных признаков». При внешних воздействиях функциональная роль тех или иных железистых органов зависит от «внешних условий развития при известных данных питания, температуры, солнечной энергии, большей или меньшей влажности окружающего воздуха и т. п.». Соответственно этому В. М. Бехтерев решительно утверждал в согласии с И. М. Сеченовым и И. П. Павловым наследственное

закрепление приобретенных особенностей.

Исходя из рефлекторной теории, В. М. Бехтерев освещал генез заболеваний, включающий как более элементарные, так о сложнейшие рефлекторные механизмы психических заболеваний. Основываясь на учении об условных (сочетательных) рефлексах, В. М. Бехтерев освещал патогенез психозов, их диагностику и терапию.

Заслуги его во внедрении теории условных рефлексов в клинику справедливо отметил А. Г. Иванов-Смоленский: «Впервые учение о высшей нервной деятельности было распространено на человека в виде начальных попыток экспериментального исследования корковой динамики у детей в 1907 г. Н. И. Красногорским (одним из старейших учеников И. П. Павлова). Но первый опыт введения этого учения в область невропатологии и психиатрии принадлежит (1908—1909) В. М. Бехтереву и его ученикам. Можно, и даже должно, не соглашаться с ним в его склонности, с одной стороны, к чрезмерному упрощению столь сложной задачи, а с другой стороны, к слишком широкому и неправомерному обобщениям при попытках разрешения ее, но вместе с тем необходимо признать следующее: непререкаемая и бесспорная заслуга В. М. Бехтерева состояла в том, что он был первым представителем невропатологии и психиатрии, правильно оценившим огромные перспективы, открываемые учением И. П. Павлова для этих медицинских дисциплин. В этом его несомненная и большая заслуга перед отечественной наукой».

В. М. Бехтерев является также крупнейшим представителем общественно-гигиенического направления в психиатрии и невропатологии.

На заре своей деятельности он обнаружил правильное понимание значения общественных условий для здоровья, возникновения болезни и борьбы с ней и с большой смелостью высказывал эти взгляды при царском режиме. Уже в 1885 г. в Казани в своем первом публичном выступлении он указывал на тяжелые экономические условия жизни населения в царской России как на причину распространения психических заболеваний. Он правильно утверждал, что в основе нервно-психической заболеваемости населения лежит «экономическое рабство, обусловленное значением капитала в жизни современного общества. Капиталистический строй — вот основное зло нашего времени».

Мысль о пагубных условиях капиталистического строя высказывалась В. М. Бехтеревым неоднократно. Так, в 1908 г. он говорил, что все усилия в борьбе с вырождением населения и за улучшение жизненного уровня населения «должны быть

направлены на устранение капиталистического режима». В 1912г. он пишет: «... не сама культура и цивилизация, не умственная работа и просвещение масс, не мозговое переутомление служат условиями, приводящими в современном обществе к развитию душевных болезней, а те отрицательные стороны, которые ослабляют организм вообще и связаны с капиталистическим строем общества».

Эти слова В. М. Бехтерева, произнесенные им на больших собраниях в период господства царской реакции, когда революционное движение было загнано в подполье, свидетельствуют о глубине его мысли, о мужестве, с каким он отстаивал свои взгляды и интересы народных масс.

Принципиальные клинические позиции В. М. Бехтерева складывались в процессе разносторонних конкретных исследований. Здесь В. М. Бехтереву принадлежат многочисленные открытия, принесшие ему заслуженную славу. Остановимся лишь на наиболее важных из них.

В области невропатологии В. М. Бехтеревым описаны нормальные и патологические рефлексy: бехтеревский (сгибательно-пальцевой), ранее неправильно называвшийся мендель-бехтеревским, лопаточный, метакарпальный, тиббиальный, сакролюмбальный, орбикулярный, носовой, ментальный, губной, щечный, гипогастрический или субингвинальный. Им описан ряд симптомов ранней стадии сухотки спинного мозга, заболеваний основания мозга, невралгии седалищного нерва, невритов. Вместе с П. А. Останковым им был описан симптом *Pseudomelia paraesthesia*, вместе с Г. Е. Шумковым — симптом мелких шагов при паркинсонизме.

К впервые описанным В. М. Бехтеревым болезненным формам в клинике нервных болезней относятся: бехтеревская форма неподвижности позвоночника, сифилитический множественный склероз, апоплектическая гемитония, хореическая падуция, акроэритроз, особая форма лицевого тика, острая мозжечковая атаксия при алкоголизме, невроз местной контузии и др.

В психиатрической клинике им выделено значительное число синдромов: бред «гипнотического очарования»; ряд форм с галлюцинациями периферического происхождения (вследствие поражения шнейдеровской мембраны, болезней среднего уха, поражения слизистой оболочки носа и т. д.); рептилофрения (одержимость гадами), психические нарушения в связи с раздражением со стороны желудочно-кишечного тракта; соматофрения и др.

Большая роль принадлежит В. М. Бехтереву в разработке

вопроса о неврозах и пограничных состояниях. Так, им впервые описаны объективные признаки расстройств чувствительности при неврозах на основе изменения вегетативных, в частности, сосудистых, потовых, температурных рефлексов в областях измененной чувствительности (1893). Им же предложена на основе условных рефлексов диагностика симуляции, функциональных и органических параличей и расстройств чувствительности. В. М. Бехтереву принадлежит описание разнообразных обсессивных нарушений. Он же предложил применить учение об условных рефлексах для объяснения природы обсессий, половых извращений и ряда истерических расстройств. Заслуживает особого внимания то, что В. М. Бехтерев для объяснения истерических расстройств привлек теорию парабиоза Н. Е. Введенского. Различные состояния парабиоза соответствуют переходным фазам или гипноидным фазам И. П. Павлова.

В. М. Бехтерев широко применял принцип условных рефлексов при лечении ряда болезненных состояний. Сюда в первую очередь должны быть отнесены лечение расстройств чувствительности и движения при неврозах, а также лечение наркомании, особенно алкоголизма и курения. Как известно, еще в 1915 г. В. М. Бехтерев предложил лечение алкоголизма путем сочетания алкоголя с рвотным средством.

Благодаря открытиям В. М. Бехтерева отечественная психоневрология заняла одно из ведущих мест в мировой науке. Однако ряд открытий В. М. Бехтерева до сих пор не связывается с его именем и часто приписывается зарубежным авторам.

Можно, например, указать, что агнозия пальцев, которая считается установленной Герстманом, описана Бехтеревым в его труде «Основы учения о функциях мозга»; синдром психического автоматизма, приписываемый Клерамбо, правильнее называть именем Кандинского-Бехтерева; описание подкорковой эпилепсии принадлежит не Пенфильду, а В. М. Бехтереву и Иценко; синдром поражения боковой нижней части продолговатого мозга описан впервые Бехтеревым, и лишь через 10 лет он был описан Валленбергом и неправильно получил его имя; сгибательный рефлекс ноги, описанный Бехтеревым в 1900 г., считается «открытым» Мари и Фуа в 1910 г.

В своей работе о роли органов равновесия в восприятии пространства В. М. Бехтерев явно предвосхищает идеи Магнуса о рефлексах положения. Современные энцефало- и ангиография имеют свои корни в заявлении В. М. Бехтерева о том, что можно будет изучать состояние мозга и его сосудов, вводя в сосуды вещества, не пропускающие рентгеновых лучей.

В. М. Бехтерев является крупнейшим практиком-психиатром. Он

посвятил многочисленные работы и осуществил ряд мероприятий по организации системы нестеснения и улучшения режима психиатрических учреждений, внедрению в психиатрическую практику многообразных видов терапии, организации культ- и трудотерапии в психиатрических учреждениях, разработке вопросов профилизации психиатрических отделений, призрения и патронажа психически больных, организации психоневрологических диспансеров. В этой деятельности В. М. Бехтерева тесно связывались лечебно-организационная практика и гуманные общественные идеи.

В терапии психических болезней В. М. Бехтереву свойственна большая активность и огромная настойчивость, с которой он боролся за восстановление здоровья нервно- и психически больных. Он применял все, что давала ему современная наука. Физиотерапия, механотерапия и психотерапия, рентгенотерапия и нейрохирургия, фармакотерапия, трудотерапия, серотерапия, опотерапия и др.— весь этот богатый арсенал средств использовался гибко и дифференцированно с соблюдением принципа гуманности и осторожности в отношении к больному. В. М. Бехтерев был одним из активнейших организаторов рентгенотерапии нервно- и психически больных, цвето- и светолечения. Большое внимание он уделял лечению музыкой — метод, до сих пор недостаточно развитый и оцененный.

В фармакотерапии В. М. Бехтерев проводил принцип комбинированного действия рядом лекарственных веществ. Примером такой комбинации является его знаменитая микстура. Он активно внедрял трудовую терапию. Творческая инициатива В. М. Бехтерева в области психотерапии проявлялась во введении ряда методических вариантов психотерапии — гипноза, лечения отвлечением.

В. М. Бехтерев сделал чрезвычайно много для пропаганды и популяризации науки. Он опубликовал многочисленные популярные статьи по вопросам воспитания, гигиены нервной системы, научного понимания нервно-психической деятельности.

Будучи выдающимся организатором, В. М. Бехтерев привлекал к себе широкий коллектив, на который он всегда опирался в своей работе. Из коллектива сотрудников В. М. Бехтерева вышли выдающиеся советские невропатологи, психиатры и психологи.

В кипучей деятельности — В. М. Бехтерева сочетались теория с практикой, изучение с лечением и воспитанием. Ученый-общественник, он объединял в себе индивидуальные и общественные устремления, личное творчество с трудом на

блага народа.

Стоя на рубеже двух эпох, он соединял в себе лучшие традиции русской дореволюционной научной интеллигенции с энтузиазмом молодого социалистического поколения. Он первый из крупнейших русских ученых после статьи В. И. Ленина «Великий почин» откликается на нее статьей, в которой с подъемом пишет об огромном значении субботников, видя в них проявление творчества народных масс, «шествие труда свободного, коллективного, бескорыстного, почти героического».

Когда в Америке разразился знаменитый своим обскурантизмом «обезьяний процесс», В. М. Бехтерев немедленно откликается на него статьей «Борьба за науку». Бичуя фанатиков церкви и политически реакционные группы американских шовинистов, он заявляет: «Материалистические выводы и положения современной науки должны быть самым решительным образом выдвинуты на борьбу с грозной эпидемией фанатического изуверства, идущей с дальнего запада из Америки, кичащейся своими техническими достижениями и свободами». Как близки эти слова нашей современности и о какой чуткой прозорливости они свидетельствуют!

В. М. Бехтерев является выдающимся деятелем отечественной науки и культуры, тружеником, которым всегда будет гордиться наша великая социалистическая родина.

Трудящиеся Ленинграда оказали В. М. Бехтереву высокое доверие, избирая его при каждом выборах депутатом Петроградского, в дальнейшем Ленинградского совета депутатов трудящихся.

Умер В. М. Бехтерев 24 декабря 1927 г. в полном расцвете творческих сил.

В речи, произнесенной у гроба В. М. Бехтерева, председатель ЦИК М. И. Калинин дал высокую оценку его деятельности. Товарищ Калинин сказал: «Осознание единства науки и социализма и практическое претворение в жизнь этого сознания — вот что является одной из крупнейших заслуг покойного. Академик Бехтерев много помог сближению труда и науки и этим самым укреплению рабоче-крестьянского строя».

В. Мясищев

**СЛУЧАЙ ПОЛНОЙ СЛЕПОТЫ,
СОПРОВОЖДАЕМОЙ
ГАЛЛЮЦИНАЦИЯМИ ЗРЕНИЯ**

**Избранные
труды**
В. М. Бехтерев

(Протоколы заседаний общества психиатров в Петербурге 10

декабря 1883 г.)

Д-р В. М. Бехтерев демонстрировал случай полной слепоты, сопровождаемой галлюцинациями зрения.

Больная около 30 лет от роду. В половине июня прошлого года у нее без особенной причины развились сильные стреляющие боли в задней части головы, сопровождающиеся головокружением. Вместе с этим начало развиваться ослабление зрения на обоих глазах. Головные боли в особенности были сильны в течение первых двух недель, затем они ослабели, но и до сих пор все еще появляются приступами в сопровождении головокружения. Ослабление зрения возрастало до сентября, когда оно достигло степени полной слепоты на оба глаза. Около того же времени начали появляться двигательные расстройства в виде нарушения равновесия и склонности отклоняться при движении влево; наконец, присоединились зрительные галлюцинации. Ни сифилиса, ни травматических повреждений головы у больной не было.

Status praesens. Полная слепота на оба глаза, причем отсутствует даже количественное восприятие света. Несмотря на ЯТО, оба зрачка, хотя и представляются расширенными, но еще вполне ясно сокращаются под влиянием сильного света; на аккомодативные импульсы, когда больную заставляют направить глазные оси на кончик своего носа, зрачки также ясно сокращаются. В обоих глазах замечается резкий нистагм. Офтальмоскопически — обоюдосторонний застойный сосок. Из двигательных расстройств обращает на себя внимание только то обстоятельство, что больная слегка колеблется на ногах; это колебание еще немного усиливается с закрытием глаз. Кроме того, при ходьбе больная отклоняется в левую сторону, после же нескольких пассивных или активных вращений тела она почти не в состоянии удерживаться на ногах. Из субъективных симптомов, кроме временно появляющихся головных болей, больная жалуется на чувство головокружения, сопровождающееся чувством поворачивания головы и туловища вправо. Галлюцинации зрения продолжающиеся до настоящего времени, состоят в самых разнообразных виденьях. Вначале перед ее глазами мерцали искры и светлые круги; она видела движущихся перед нею животных (собак и лошадей), затем женщин и детей в разноцветных платьях, наконец, целые пейзажи улицы, покрытую снегом, по которой двигаются сани, блеск луны на небе и т. п. Во время приступов головокружения предметы галлюцинаций нередко двигаются в одном направлении, большей частью слева направо, т. е. в направлении, противоположном субъективному или кажущемуся движению ее тела. Ни в чувствительной, ни в двигательной сфере нет резких изменений. На основании всех существующих явлений д-р Бехтерев допускает, что в этом случае дело идет о поражении четверохолмия, причем патологический процесс

захватил также и подлежащие волокна, связывающие центральное серое вещество третьего желудочка с мозжечком. По мнению В. М. Бехтерева, сообщенное наблюдение приобретает особенный интерес в отношении того, что при слепоте, зависящей от поражения четверохолмия, во-первых, еще возможна реакция зрачков на свет, а во-вторых, могут появляться сложные зрительные галлюцинации. Последний факт, таким образом может служить веским доводом против теорий, по которым происхождение галлюцинаций обязано возбуждению инфракортикальных центров (в данном случае — четверохолмия) или органов перцепции, по выражению некоторых авторов. Кроме того, В. М. Бехтерев указывает на то интересное обстоятельство, что головокружение, испытываемое больной, отражается на локализации ее галлюцинаций во внешнем пространстве.

О ЛЕЧЕНИИ НАВЯЗЧИВЫХ ИДЕЙ ГИПНОТИЧЕСКИМИ ВНУШЕНИЯМИ

**Избранные
труды**
В. М. Бехтерев

Не очень давно я напечатал клиническую лекцию, в которой изложил применяемый мною способ лечения навязчивых идей самовнушениями в начальных периодах гипноза и привел тяжелый случай навязчивых идей, кончившийся выздоровлением, благодаря применению только что сказанного лечения. Между прочим, в этой лекции я упомянул, что «в течение нескольких последних лет в своем курсе психиатрии при изложении учения о навязчивых идеях я всегда обращал внимание слушателей, между прочим, и на применение послегипнотических внушений с целью лечения навязчивых идей».

В то время, когда я писал эти слова, мне еще не удалось провести на практике лечение навязчивых идей послегипнотическими внушениями, так как у наблюдавшихся мною больных с навязчивыми идеями хотя и могли быть вызываемы самые начальные явления гипноза, но ни один из больных не мог быть приведен в более глубокие степени последнего, в которых, как известно, лучше всего удаются послегипнотические внушения.

С тех пор, однако, мне представилось несколько случаев с вышеуказанным поражением, в которых можно было вызывать степени гипноза, вполне позволявшие применение с лечебными целями и гипнотических внушений. При этом я вполне убедился в могущественном влиянии гипнотических внушений на навязчивые идеи. Последние при всем своем упорстве заметно ослабевали уже после первого же сеанса и в благоприятных случаях окончательно исчезали после нескольких сеансов; в менее же благоприятных случаях лечение хотя и затягивалось на более продолжительный срок, но все же рано или поздно приводило к благоприятному исходу. При этом успех лечения обуславливался собственно не только степенью развития,

продолжительностью и упорством навязчивых идей, но и тем обстоятельством, какая степень гипноза могла быть вызвана у больного, в зависимости от чего, без сомнения, изменялось и действие гипнотических внушений. Так как собирание подходящего материала в указанном направлении продолжается мною и по сие время, то я пока и не имею в виду приводить здесь все случаи навязчивых идей, пользованные мною гипнотическими внушениями, и ограничусь лишь одним наблюдением, которое прекрасно поясняет целебное значение гипнотических внушений по отношению к навязчивым идеям.

К., замужняя, 40 лет, дочь очень нервной матери и отца, злоупотреблявшего спиртными напитками. Две сестры ее отличались нервностью. Сама больная в молодости была нервной и в девицах страдала бледною немочью. Года 4 спустя после выхода замуж, т. е. лет 18 тому назад, у нее впервые обнаружились припадки большой истерии, бывшие, впрочем, всего раза два или три. Но с тех пор время от времени случаются припадки малой истерии, выражающиеся давлением в горле, сердцебиением и слезами, а изредка и хохотом. Кроме того, больная с давних пор обнаруживает чисто болезненную боязнь некоторых животных, например, кошек и мышей, боязнь привидений, а иногда и боязнь нечистоты, в силу которой она принуждена часто мыть свои руки. Вместе с тем она поразительно нерешительна во всем и тревожится по всяким пустякам. Поводом к тревогам нередко служат даже такие маловажные события, как посылка куда-нибудь прислуги с самым обыденным поручением. Наконец, по временам у больной бывали и более резкие навязчивые идеи; так, если она бывала в обществе, то ей нередко казалось, будто она обидела то или иное лицо своим разговором. Эти мысли об обиде кого-либо обыкновенно подолгу преследовали больную и нередко приводили ее в сильное волнение. Но особенно резко состояние ее ухудшилось недели за три до первого ее визита ко мне в конце декабря. Совершенно неожиданно с ней случилось следующее происшествие, послужившее поводом к развитию мучительных навязчивых идей: она посоветовала одной из своих родственниц, г-же М., страдавшей уже лет 16 чахоткой, поехать на поклонение мощам святого Германа в Свияжск. Г-жа М., действительно, послушалась ее совета, но случилось так, что приехав из Казани в Свияжск, она умерла как раз у цели своего путешествия, в самой церкви. Известие об этом сильно поразило нашу больную. С тех пор ее стала преследовать мысль, что ее родственница умерла благодаря ее неуместному совету. Несмотря на внутреннее разубеждение самой больной, эта мысль с того времени не оставляла ее в покое почти ни одной минуты: она часто и подолгу оплакивала как свою родственницу, так и свой поступок. Беспокоившие ее ранее мысли, вечные сомнения, тревоги и различные страхи теперь отошли на второй план и как бы перестали существовать для больной. Ни

развлечения, ни занятия ее уже не успокаивают. Будучи в обществе, она не слышит, что говорят кругом ее, и все думает об одном и том же; хозяйство тоже не идет ей в голову вследствие той же причины. Даже ночью больная нередко видит свою несчастную родственницу в сновидениях; вместе с тем ей часто представляются те или другие события, касавшиеся смерти последней Поэтому больная спит в высшей степени беспокойно, часто просыпается, тревожась и ночью той же мыслью.

При объективном исследовании (17 января) найдено следующее. Больная несколько ниже среднего роста, правильного телосложения, с довольно бледными покровами, но достаточно развитым подкожным жировым слоем. Легкие в порядке. В сердце замечается лишь некоторая возбудимость и склонность к учащенной деятельности. Со стороны кишечника можно отметить некоторую вздутость. Никаких других расстройств внутренних органов не замечается. Чувствительность и двигательная сфер, а равно и рефлексy без существенных изменений.

Назначив больной бромистый натрий, который, впрочем, она и раньше принимала без особенного успеха, я предложил ей, кроме того, лечение гипнозом, на которое она решилась не без колебаний. При первой попытке гипнотизирования больная, наслушавшаяся много о гипнозе, начала обнаруживать сильное волнение; появились даже признаки предстоящего истерического припадка. Ввиду этого, я воспользовался самой слабой степенью сна, применив на первый раз описанный мною ранее способ самовнушения. Как только больная сомкнула веки под влиянием пассов, я заставил ее повторять за мною следующие слова: «отныне я не должна более тревожиться смертью М., потому что она умерла не вследствие моего совета, а вследствие того, что была больна уже давно и могла бы одинаково умереть и дома точно таким же образом». Последствием этого самовнушения было то, что уже на следующий день (18 января) больная чувствовала себя лучше, не плакала совсем и хорошо спала ночью. Навязчивая мысль, по ее словам, как бы отделилась от нее. Правда, она еще приходит на ум, но уже не так беспокоит больную и скоро исчезает из сознания. Дальнейшим последствием самовнушения было то, что больная теперь относилась к гипнозу уже без всякого волнения и могла быть, действительно, в короткое время загипнотизирована с помощью пассов, причем во время гипноза ей было внушено не мучиться более мыслью о смерти г-жи М. Явления гипноза заключались в том, что больная не могла произвольно открыть глаз; вместе с тем у нее появлялось резкое притупление чувствительности к болевым раздражениям и некоторое расслабление членов.

Для испытания силы внушения в этом относительно легком

гипнотическом состоянии я приказал больной сжать в кулак кисть правой руки, заявив после того, что она не может более расправить пальцы; и, действительно, больная некоторое время вовсе не могла раскрыть кулака, а затем хотя и раскрыла его, но лишь после долгих усилий. Следует, впрочем, заметить, что подобные же внушения, хотя и в значительно меньшей степени, удаются у больной и в бодрственном состоянии.

На следующий после гипноза день (19 января) больная заявила, что после вчерашних внушений весь день до вечера чувствовала себя хорошо, но с 8 часов вечера вновь появилась мысль о смерти г-жи М., по ее мнению, вследствие того, что она целый вечер оставалась одна. Ночью в сновидении больная тоже видела М., но утром чувствовала себя довольно покойно. Следует заметить, что со вчерашнего дня у больной открылись месячные, во время которых прежде она всегда чувствовала себя несколько хуже и страдала сильнее навязчивыми идеями. Гипноз вызывается теперь заметно глубже прежнего. Внушения сделаны те же.

20 января больная, явившись ко мне на прием, заявила, что весь вчерашний день после гипноза чувствовала себя очень хорошо и навязчивые идеи в течение дня совсем не появлялись. Ночью спала с 11 до 3 часов, затем проснулась и некоторое время тревожилась прежней мыслью о г-же М., к 5 часам заснула, однако хотя и видела снова во сне М., но, проснувшись утром, чувствовала себя так же хорошо, как и с вечера. Так как больная должна была дней на пять уехать домой в деревню, то, загипнотизировав ее, я внушил ей, чтобы во время своей отлучки из Казани она не думала вовсе о г-же М., и чувствовала себя также и ночью покойно, не видя вовсе М. и во сне. Гипнотический сон у больной теперь получался уже глубже прежнего, и сила внушений вследствие того изменилась: теперь у больной в состоянии гипноза повторными внушениями можно было вызвать параличи, сведения и полную анестезию, что прежде не удавалось.

Уехав после 20 января, больная вернулась ко мне лишь 12 марта с заявлением, что прежние мысли о г-же М. у ней совершенно исчезли вслед за последним сеансом. По ее словам, от прежнего у ней осталось лишь нервное состояние; но зато в последнее время больную вновь стали беспокоить явления, бывавшие у нее до навязчивой идеи о смерти г-жи М. Так, ее смущает поразительная нерешительность во всем: если, например, ей нужно сделать какое-либо распоряжение по хозяйству, то она постоянно сомневается, как правильнее поступить, и долго не может на что-нибудь решиться; решившись же, меняет свои распоряжения раза по три. Кроме того, она по-прежнему стала бояться некоторых животных (кошек, мышей) возвратилась также и боязнь привидений и нечистоты. В силу последней она

постоянно моет руки, иногда бессчетное число раз в сутки; часто даже моется и вся раза по три в день.

Несмотря на усиленные просьбы больной начать немедленно же гипнотическое лечение для избавления ее от только что перечисленных явлений, я должен был, за недостатком времени, отклонить ее просьбу до ближайшего времени, назначив ей микстуру из 3jij бромистого калия, 3j3 антипирина и 3jj лавровишневой воды на 5vj перегнанной воды по 6 столовых ложек в сутки.

В течение следующих 5 дней больная чувствовала себя, однако, во всех отношениях хуже, отчасти, может быть, под влиянием месячных. Сомнения беспокоили ее уже до того, что она не могла написать даже и простого письма без многочисленных колебаний. Ей казалось, что она все перепутала, написала не то, что следует, и потому должна была даже просить других лиц прочесть ее письма для проверки. Под влиянием тех же сомнений больная по многу раз запечатывает и распечатывает свое письмо, прежде чем решается его послать.

Вместе с тем все ей кажется нечистым: платье, руки и даже то, что она ест; при этом она испытывает нередко безотчетный страх по самому незначительному поводу; так, если ей нужно пойти в другую комнату, то она боится отправиться туда одна; ей кажется, что там кто-нибудь стоит и может ее напугать. Сверх того, по временам больная подвергается сильной реактивной тоске.

Ввиду такого состояния больной я решил уже не медлить гипнотическим лечением и 17 марта, загипнотизировав ее, внушил, чтобы она более не мучилась сомнениями, не тосковала и вообще не испытывала никакой боязни, между прочим, и боязни нечистоты.

Через день, 19 марта, больная сообщила мне, что сомнения ее уже не беспокоят в такой мере, как прежде; боязнь нечистоты меньше, и вообще она чувствует себя лучше. Снова сделано внушение в состоянии гипноза.

21 марта, прибыв на прием, больная заявила, что последние 2 дня она чувствовала себя сравнительно очень хорошо; и если прежние явления еще и обнаруживаются, то лишь в весьма слабой степени. Снова сделано внушение в гипнозе и опять с благоприятным результатом.

Оправившись совершенно от мучивших ее навязчивых идей, больная уехала к себе в деревню, где остается и до настоящего времени, не чувствуя потребности в дальнейшем лечении.

Итак, в первый раз, в январе, потребовалось всего 4 гипнотических сеанса (из которых один с самовнушением), чтобы освободиться от мучительной навязчивой мысли, а второй раз, в марте, было достаточно трех гипнотических сеансов, чтобы устранить из сознания больной целый ряд навязчивых идей.

Результат этот, безусловно, говорит сам за себя и не нуждается в особых пояснениях. Во всяком случае способ лечения навязчивых идей гипнозом, на мой взгляд, заслуживает самого серьезного внимания со стороны врачей-специалистов.

О СЛЫШАНИИ СОБСТВЕННЫХ МЫСЛЕЙ

Избранные труды

В. М. Бехтерев

В последнее время в психиатрической литературе, благодаря сообщению д-ра Кеппена было обращено внимание на своеобразный симптом при душевных болезнях, который может быть назван слышанием собственных мыслей.

Этот симптом, известный уже и ранее, представляет, на мой взгляд, совершенно особый интерес, в силу чего он уже давно служил предметом моего внимания. Еще более 7 лет тому назад, во время моей профессорской деятельности в Казанском университете, я посвятил клиническую лекцию одному из больных, у которого вышеуказанный симптом обнаружился в крайне резкой степени. Этот больной, бывший чиновник, человек в общем довольно интеллигентный, представляет собой старого алкоголика, пившего водку в продолжение 35 лет и только в 1886 г. совершенно оставившего эту пагубную привычку. Он сделал, между прочим, собственное описание своих обманов чувств, из которого я извлеку прежде всего все существенное, относящееся к его болезненному состоянию.

«Я житель Самарской губернии, был 25 лет на государственной службе, с 1872 г. проживал в своем небольшом имении, занимаясь сельским хозяйством; но хозяйство расстроилось и имение продано в 1875 г. В этот год, проживая несколько месяцев в Самаре один без семьи, я заболел от последствий алкоголизма и, главное, к ужасу своему почувствовал, что при мне находится какое-то существо, благодаря которому в левом ухе как будто бы раздается металлический звонок; последний, не давая мне покоя ясным голосовым звуком, но как будто издали, говорил о моем дурном семейном положении и производил в то же время страдание действием на нервы всего тела, причем я чувствовал то подергивание нервов, то осыпание тела сверху огненными искрами, отчего я приходил в состояние беспокойства. В таком виде я поступил в самарскую больницу и,

не получивши облегчения, оставил оную через месяц.

Из Самары я переехал в Саратов искать службу, но существо, живущее при мне, или, вернее сказать, во мне, не оставляло меня. Я вновь пользовался у одного из докторов и был в городской больнице, но лекарства (мушка и морфий в малых, вероятно, дозах) мало действовали на меня, разговор со мною и возбуждение не прекращалось, я спал не более двух часов в сутки и в то же время не чувствовал усталости.

От нервного ли расстройства, или от непрерывных действий на меня непонятого существа на всем теле начал сыпать сплошной лишай.

В таком виде я из Саратова по своим делам отправился в Москву, где, пользуясь с месяц лекарствами из лечебниц исключительно от лишая, наконец, должен был лечь в Екатерининскую больницу. При этом ясный человеческий разговор в левое ухо не прекращался, когда же не было говора то я чувствовал, как и теперь чувствую, в левом ухе как бы металлический тончайший звонок. Здесь начало повторяться осыпание меня искрами еще сильнее, я становился беспокойным в ночное время, проводил ночи без сна, и меня едва не отправили в дом для душевнобольных, но оставили, потому что ответы мои были ясны и толковы и притом я, скрепя себя, не стал объяснять доктору, что со мною происходит. По осмотре меня в больнице профессором Найденовым, я пользовался ваннами и мазями от открывшейся на мне лишаиной сыпи и, по совершенном почти очищении тела, через пять недель вышел из больницы. Четыре месяца после того я жил на даче под Москвой, ведя самую строгую жизнь в родном семействе, но ни нравственная жизнь, ни физическая сила не помогли мне в том, чтобы я освободился от находящегося во мне существа, которое мучает меня своим вмешательством как в одиночестве, так и в обществе.

Из Москвы я возвратился в Саратов, потом жил в Самаре, Оренбурге и в каждом из этих городов был в больницах, но бесполезно. Высказывая врачам откровенно свое положение, я вызывал в них лишь сомнение в здравости своего рассудка, выносил долговременные мушки без всякой надобности, причем врачи большей частью смотрели на мое состояние, как на последствие невоздержной жизни и желание притом отдохнуть в больнице, ввиду ограниченности моих ничтожных средств (пенсия в 100 руб. в год).

По моим понятиям, существующее во мне не могло появиться от моей натуры, потому что нет ничего в нем согласного и сходного с моими правилами жизни; у него постоянная ложь и обман, вообще отсутствие всего нравственного и постоянные скверные

ругательства. Это что-то чуждое, прививное. Оно смотрит на предметы отчетливо, указывает моему вниманию предметы, которых я не расположен даже и видеть, и может даже отвлекать от предмета, затемняя самое зрение. Всех лиц, которых когда-либо я знал или даже где-либо встречал, оно указывает уже издали, называя фамилии даже и в том случае, если бы я не досмотрел или не хотел обратить внимания. Где я предположил быть или предполагал что-либо сделать полезного, оно старается отвлекать меня, затемняя зрение, наводит другие мысли и, наконец, им производится физическая боль в руках и ногах, а при письме трясение рук или онемение самих пальцев, так что с трудом могу пересилить это действие.

От действий существующего во мне я хожу в возбужденном состоянии ежедневно, иногда вдруг налагается тяжесть на меня, чувствую, что верхнее платье на мне неестественно по своей тяжести, не дает мне хода, едва даже могу войти в дом к кому нужно по делу, при этом трудно объясняюсь, глаза затуманиваются и упорно отворачиваются от лица, с кем приходится объясняться. Нередко оно останавливает ход мыслей, по его выражению, „наводит столбняк», и тут же обращается с вопросом.,, О чем Вы, Николай Иванович, думаете теперь?", оно же закрывает иногда слух так, что я нередко не разбираю, что говорят со мною, и не могу читать на близком расстоянии. Зрение от природы моей всегда было хорошее, а с появлением во мне непонятого существа при чтении я прибегаю к очкам, а равно и при письме, иногда даже через очки не могу разбирать печатного, при усиленном же напряжении зрения я достигаю того, что явное противодействие теряет силу. Несколько случаев было таких: вдруг зрение мое очищается, я совершенно ясно и свободно могу читать и писать без очков и в то же время следовал всегда вопрос: «Что хорошо, Николай Иванович, с чистыми глазами?» и вскоре затем зрение по-прежнему становилось туманным.

До начала августа 1888 г. я два года проживал в Астрахани, вел самую строгую жизнь, не допускал ни в чем излишества, а спиртуозного совершенно не употреблял, развлекаясь исключительно посещением публичной библиотеки и домашним чтением, и тем не менее существо не оставляло меня и тяготело надо мною. Ему также доступно чтение. Последнее происходит таким образом: я разворачиваю книгу и смотрю в нее построчно, при этом идет отчетливое чтение само собой, то одним ясным голосом, то другим; но я не допускаю подобного чтения, потому что оно вообще меня утомляет.

В продолжение четырнадцати почти лет я не имел женщины и не имею потребности, между тем в стволе и мошонке я нередко чувствую боль как будто бы от постороннего действия чем-то

острым.

Как ни грустно и тяжело мое положение столько лет, я не могу, однако, плакать, слез нет, чувства сердечные связаны.

Пятый уже месяц я проживаю в Казани с целью обратиться к пособию медицины и именно в клинике и заходил в нее неоднократно, но во мне делается какое-то отупение и охлаждение к своему положению и я опять возвращаюсь в квартиру, между тем действия существа и по сие время не прекращаются в различных видах, которые трудно описать в подробности; но, главное, и теперь продолжается металлический как будто бы шум в левом ухе, иногда над самой головой, а также наколы как бы иглой по разным частям тела, в особенности когда я стараюсь днем или ночью заснуть и, лишь совершенно измучившись, засыпаю часа на три и много на четыре.

Все описанное — краткий обрис всего происходящего со мною по настоящее время; для меня жизнь мучительна и безотраднa и если берегу ее и берег до сего времени, то из покорности к провидению и в надежде, что это явление, если еще небывалое в медицинской практике, разъяснится на пользу других».

В дополнение вышесказанного на лекции от 4 февраля 1889 г. больной сообщил, что он болен «мышлением», сам он будто бы мыслить не может, так как каждый раз, когда он начинает мыслить, то все его мысли тотчас же произносятся вперед; он старается переменить ход мыслей и вновь за него мыслят вперед. Этот разговор он слышит всегда левым ухом. Голос, который больной слышит уже в продолжение 13 лет и притом всегда в левое ухо, вполне ясный, мужской, но с различным характером — то более тонкий, то более грубый, а иногда сиповатый. Этот голос всегда слышится больным на близком расстоянии как будто бы кто-нибудь говорит около его левого уха. По утверждению голоса, левое ухо — его (голоса); а правое ухо — больного. Иногда больной испытывает около уха как бы движение под кожей чего-то постороннего. Иногда он чувствует там же ощущение как бы от укуса блохи или пчелы. Нередко также около его левого уха появляются ощущения ползания постороннего существа (наподобие чувства ползания клопа), а также и своеобразные ощущения в самом ухе. В последнем часто слышится шум, «как будто в ухе сидит пчелиный рой». Если больной заткнет правое ухо, то шум еще сильнее. Все вместе взятое и заставляет его думать, что в его левом ухе или около последнего поселилось какое-то существо, могущее говорить человеческим голосом, которого он, однако, никогда не видит. Это-то существо и овладело его мыслями. Оно подсказывает вперед его собственные мысли, иногда же говорит ему то, с чем он не согласен и против чего он готов протестовать

всей душой или, наконец, делает различные замечания по поводу того или другого его поступка или его слова, даже прямо противоречит больному и вступает с ними в спор. Если больной стоит в церкви, то он слышит нередко поющий голос, который вперед напевает все то, что поют на клиросе. Но иногда голос в церкви путает его мысли, говорит дурное, даже произносит площадную брань. Однажды в соборе в Москве во время ектеньи больной пришел в ужас от того, что услышал, и должен был выйти из церкви. Вообще в церкви больному нередко слышатся неприятные слова, но он старается от них уклониться и путем некоторой борьбы ему удается заставить голос затихнуть.

Если больной идет по улице и видит, например, вывеску, то голос вперед его читает то, что написано на вывеске (например, фамилию портного, сапожника и пр.). По словам больного, это не он читает, так как он иногда даже не думает о вывеске и, несмотря на то, голос прочитывает ее содержание. Если больной завидит издали кого-либо из знакомых, то голос тотчас же обыкновенно еще прежде, чем он подумает об этом лице говорит ему: «вот идет такой-то». Иногда больной даже и не думает обращать внимание на проходящего, а голос своим заявлением по поводу проходящего невольно заставляет его обратить на него внимание. В другой раз его внимание отвлекается от известного предмета и он его не видит, хотя бы предмет лежал перед ним. Это явление больной называет затемнением зрения, которое является лишь на известные предметы. Например, больной нуждается в очках и не может их видеть, хотя бы они лежали перед глазами, а должен нащупать их рукой. По его заявлению, это ничуть не зависит от его невнимания, так как он следит за собой.

Когда больной читает книгу, то чтение повторяется его голосом; мыслить в это время он не может, если он останавливается, то притихает и голос. Если больной, не читая, смотрит глазами в книгу, то ему читает книгу голос. Без очков, например, он не может читать, но если без очков он смотрит в книгу, то его глазами как бы кто-то смотрит и читает. Впрочем, он убедился, что существо, которое ему говорит в левое ухо, нуждается в очках так же, как и он сам.

В начале появления голоса больной был поражен таким явлением, он даже бегал от голоса, не знал куда деваться, как будто его кто-то преследовал. «Есть что-то такое в натуре человека, — замечает больной, — чего, может быть, до сих пор еще не объяснили себе ученые. Этот голос не может быть только испорченностью слуха; нет ли в организме существ каких-нибудь?» задает он себе вопрос. В силу этого больной и допускает существование особого Существа, которое говорит ему в левое ухо.

Иногда голос говорит обыденные вещи: например, после посещения больным меня голос говорит: «Наконец-то занялись Вами, Вы не лечились в больницах; напрасно в клинику идете». Почему «напрасно» — голос не сказал. «Вы, говорит, смерти не боитесь», на что больной заметил, что он хладнокровен.

По заявлению больного, ему очень трудно становится управлять собой: ему вперед уже говорят, куда идти, иногда туда, куда он и не хочет; он делает напротив и является борьба в мыслях и действиях. Благодаря этому, он испытывает постоянное напряжение. Существо может заставить больного заснуть тогда, когда ему нужно идти, и наоборот; в последнем случае является возбуждение и больной может пройти очень много без усталости. Как производится существом это возбуждение, он не знает, но, во всяком случае, существо может заставить приказать делать то, что ему угодно. Если больной хочет уснуть, оно ему часто не дает сна и глаза остаются открытыми. «Хочу закрыть глаза, закрываю — и должен их открыть по приказанию голоса, потом у что становится тяжело. Хочу писать, беру перо — пальцы раздвигаются, писать не могу, если голос этого не желает». То же и с ногами: больной идет, а его ноги раздвигаются в стороны; ему становится трудно идти и напряженно сдвигать ноги. Иногда его глазами двигают в ту сторону, куда он не желает. Нередко ноги в том или другом месте колют как бы жесткой щеткой, и он берет сам щетку и трет это место, после чего колотье переходит в другое место. Под влиянием того же существа воображение рисует больному чрезвычайно живые картины. Прежде он допускал в воображении эти картины, но они его утомляли; теперь же, когда появляются картины, он отвертывается к лампе, и тогда картины пропадают. Картины являются различные: знакомые местности, люди и пр. Иногда бывают и незнакомые картины. Больной сам может вызвать свои картины в ответ на картины существа; это он может сделать каждый раз при открытых и закрытых глазах. Иногда больной слышал гнилостные, трупные запахи.

По поводу причины всех этих явлений больной задается вопросом: «Все ли в натуре человека исследовано?» Он не допускает существования большого существа, а — маленького; может быть не в ухе, а в голове, может быть за ухом, в ухе, по всему организму. На вопрос, как может маленькое существо говорить человеческим голосом, больной отвечает: «Не управляет ли это существо слухом?» Он может определенно сказать, что существо это есть и управляет его организмом. Это не есть результат болезни, так как он слышит голос очень ясно и притом столько лет; в то же время он рассудок имеет, не потерял его. «Ведь в медицине много неизведанного!» — добавляет больной.

Когда я высказал больному убеждение, что это галлюцинации и что я могу ему представить более полутораста человек, имеющих в Окружной лечебнице, которые слышат голоса, тотчас же больной заметил, что «может быть они слышат не так ясно!» На дальнейшее разубеждение больной заметил, что он, подобно Галилею, должен стоять на своем и утверждает, что «все же есть существо».

Объективное исследование ушей, произведенное проф. Высоцким, показало следующее: сильная сухость слуховых проходов, особенно левого; мутность левой барабанной перепонки и резкое общее втягивание ее, отсутствие светового конуса. Ослабление звуковой проводимости через воздух на левое ухо и усиленный резонанс на камертон в этом же ухе через головные кости, что вместе взятое указывает на усиленное внутриушное давление. Звук часов слева едва слышит даже при непосредственном приложении. Костная проводимость звука, однако, вполне сохранена. На правое ухо тоже имеется ослабление, но в значительно меньшей степени; часы слышит в расстоянии более одной четверти от уха. В зрачках резкой разницы нет. Язык обнаруживает дрожание и небольшое отклонение в сторону. Укол булавкой в различных частях вызывает лишь приятное чувство, а не боль; сухожильные рефлексy заметно повышены.

В пополнение вышеприведенной истории болезни необходимо заметить, что все вообще явления у больного оставались без изменений в течение дальнейшего наблюдения, продолжавшегося около года, за исключением лишь того, что больной со временем стал уклоняться от рассуждений на тему о существе, живущем у него в левом ухе и даже стал отказываться от этой идеи, но, по-видимому, неискренно; все же галлюцинаторные явления и также слышание вперед своих мыслей у больного продолжались в прежней степени. Между прочим, ему была сделана попытка ослабить явления путем гипноза, но, к сожалению, сон больного оказался очень слабым и внушение имело лишь кратковременное действие. Больной в течение первого вечера после гипнотизации, пока вспоминал слова внушения, не слышал повторения своих мыслей и его голос умолкал; больной также спал всю ночь превосходно, как никогда в течение болезни, но на другой день голос опять беспокоил больного по-прежнему.

К сожалению, больной после нескольких раз гипнотизации прекратил свои посещения и, таким образом, нельзя было выяснить ее влияние на болезненное состояние. Между прочим, в течение сеансов гипнотизации выяснилось, что даже непродолжительная фиксация блестящего предмета вызывает у больного зрительные галлюцинации. В первый раз во время фиксации блестящего шарика больной заявил, что он ясно видел

двое часов со стрелками. В другой же раз больной при смотре на блестящий шарик видел уже сильно жестикулировавшего человека, который наклонялся и как будто что-то искал; при фиксации на близкое расстояние он увеличивался, при смотре вдаль он уменьшался. Кроме того, больной видел мужчину с детьми, которые находились при нем. При этом голос говорил те или другие фразы, например, указывая на мужчину с детьми, повторял: «Это ты!».

Если мы обратимся теперь к выяснению болезненного состояния, то не может подлежать сомнению, что мы имеем здесь дело с галлюцинациями алкогольного происхождения, составляющими остаток неизлеченного галлюцинаторного помешательства, проявлявшегося в прежнее время гораздо более бурными симптомами и вместе с тем более распространенными галлюцинаторными явлениями, которые вместе с затиханием болезненного расстройства ограничились почти исключительно левым ухом и обусловили своеобразный бред. Упорное появление галлюцинаций в левом ухе, очевидно, обуславливается хроническим катарральным состоянием среднего уха при общей возбудимости центральных органов. Так как катарр у больного ограничивался почти исключительно левым ухом, то этим легко объясняется тот факт, что галлюцинации приняли односторонний характер. Не касаясь подробнее этой интересной особенности нашего больного, мы остановимся с самого начала лишь на том явлении, которое может быть названо слышанием собственных мыслей.

Мы уже упомянули, что симптом этот недавно обратил на себя внимание в психиатрической литературе, благодаря сообщению д-ра Кеппена в Берлинском обществе психиатров и невропатологов. Больной д-ра Кеппена, страдавший хронической паранойей, в августе 1892 г. встретил в ресторане даму, которая взглянула на него странным образом. По возвращении домой он впервые услышал женский голос, который повторял его собственные мысли, критикуя их вслух. С тех пор больной стал слышать как различные голоса, главным же образом женский голос, повторяют и критикуют вслух его собственные мысли. Если, например, больной что-нибудь пишет, он слышит как кто-то произносит вслух написанное. Особенно беспокоит это явление больного в то время, когда он не занят; при усиленных же занятиях явление это вообще ослабевает и даже прекращается совершенно. Автор обращает внимание на то, что его больной при этом никогда не ощущал движения языка и губ.

При обсуждении вышеуказанного симптома Кегшен относит его к слуховым галлюцинациям, которые он разделяет на две группы: одни не имеют ничего общего с обычным порядком мышления больного и другие, стоящие в тесной связи с мыслями больного, который галлюцинирует образами, имеющими

ближайшее отношение к предмету его идей.

Первая группа галлюцинаций объясняется центральным или периферическим раздражением органов чувств, тогда как вторая группа галлюцинаций, к которым должно быть отнесено и своеобразное явление, состоящее в слышании собственных мыслей, должно быть объяснено иначе. По взгляду Мейнерта, в этом случае дело заключается не в раздражении органов чувств, а в извращенном толковании своих мыслей или мозговых процессов. Между тем, Крамер слышание собственных мыслей объяснял раздражением мышечного аппарата речи. Последний взгляд Кеппен совершенно справедливо оспаривает. По его мнению, если бы причина этою симптома состояла в раздражении мышечного аппарата речи, то больные в этом случае должны были бы полагать, что кто-нибудь приводит в движение их язык, губы и пр. или что они сами принуждены двигать языком или губами, как это, действительно, и наблюдается при так называемых двигательных галлюцинациях. Между тем ничего подобного на самом деле у больных такого рода не наблюдается. По мнению д-ра Кеппена, сущность явления состоит в расстройстве слуха. В нормальном состоянии каждое мысленное слово звучит акустически, вызывая иннервационное ощущение выговаривания или произношения этого слова. По Кеппену, этот-то процесс ложно истолковывается больными, в особенности параноиками, в силу чего они полагают, что посторонние люди произносят вслух их мысли.

На мой взгляд, не подлежит никакому сомнению, что слышание собственных мыслей должно быть отнесено к порядку галлюцинаторных явлений. Так, мой больной, как можно видеть из описания его болезни, сохранил еще хороший интеллект и способен отлично анализировать себя; при этом он решительно отрицает, чтобы его языком кто-нибудь управлял, тогда как он ясно сознает, что вся суть дела заключается в слышании голоса, в громком повторении этим голосом его мыслей при письме, при чтении, а также в тех или других замечаниях и критике его мыслей и действий со стороны этого голоса, который больной, по крайней мере первоначально, приписывал особому существу.

Нельзя, однако, согласиться и с мнением Кеппена, что слышание собственных мыслей основано на ложном истолковании слухового звучания слов. Дело в том, что в нашем случае собственно дело шло не только о повторении мыслей больного, но и о произношении их вперед, как, например, при чтении или при встрече знакомого. Иногда и другие мысли больного как бы подсказывались вперед. Это подсказывание мыслей, как известно, у параноиков составляет вообще нередкое явление, а между тем, вряд ли можно полагать какое-либо различие по существу между тем, что понимается под

слышанием собственных мыслей и так называемым подсказыванием их, состоящим в сущности также в слышании собственных мыслей, но слышании вперед.

На мой взгляд, в этом случае дело идет не о том, что слуховой отзвук мысленных слов ложно истолковывается, а о том, что этот звук, благодаря необычайной возбудимости центрального аппарата, усиливается в такой степени, что, будучи аперцепирован, он достигает интенсивности объективно произносимого слова.

Если внимание больного сосредоточивается на своих мыслях, то слуховой отзвук, превращающийся в галлюцинаторный образ, аперцепируется вслед за аперцепцией мыслей больного и тогда больной слышит лишь повторение собственных мыслей, наоборот, если больной сосредоточивает свое внимание на громком слуховом отзвуке, то он аперцепируется раньше его мыслей и больной слышит слуховой отзвук своих мыслей вперед, следовательно, имеет так называемое подсказывание мыслей. Фигурально представляя самый процесс, можно его уподобить тому, как дело происходит в часах Вундта с восприятием одновременных слуховых и зрительных впечатлений. Если мы сосредоточиваем внимание на слуховом впечатлении, оно слышится вперед; если, наоборот, мы сосредоточиваем внимание на зрительном впечатлении, мы его видим ранее слухового впечатления. Разница заключается лишь в том, что в этом случае дело идет о произвольном или активном внимании, тогда как в состояниях болезни мы имеем дело не только с активным, но и с пассивным вниманием, которое привлекается к ходу мыслей или к слуховому их отзвуку, помимо личности больного.

О ВНУШАЮЩЕМ ВЛИЯНИИ СЛУХОВЫХ ОБМАНОВ ЧУВСТВ

**Избранные
труды**
В. М. Бехтерев

Уже многими авторами было обращено внимание на тот факт, что душевнобольные с сохранением интеллекта допускают в своем бреде такие нелепости, которые никоим образом не могут быть совместимы с более или менее здоровой логикой.

Это особенно рельефно выразилось и в случае, описанном нами в работе о слышании собственных мыслей. Больной наш, как мы видели, человек крайне интеллигентный и в болезни рассуждающий вполне здраво по всем вообще предметам, не относящимся к его бреду, утверждает тем не менее положительную и очевидную для всех и каждого нелепость, что в его левом ухе или около уха поселилось какое-то невидимое существо, которое говорит человеческим голосом и управляет всем его организмом. Надо заметить, что у нашего больного бред ограничивался почти одной этой идеей и в то же время в период наблюдения у него был поражен галлюцинациями почти

один только орган слуха, к тому же с одной лишь стороны, и при всем том больной, несмотря на свой интеллект, не мог отрешиться от этой идеи. В противовес здравым взглядам в невозможности такого существа, он довольствуется одними предположениями, догадками или вопросами, не дающими ему возможности окончательно отрешиться от этой идеи.

Заканчивая свою записку, он, между прочим, выражает надежду, что его признание послужит в пользу науке и, если дело идет о явлении, еще небывалом в медицинской практике, наивно замечает больной, что оно разъяснится на пользу других. В другом месте по поводу своего существа больной восклицает: «Мало ли в медицине есть неизведанного?». Таким образом, несмотря на то, что больной не находит возможным опереться в своей логике на что-либо положительное, кроме фантастических предположений и наивных вопросов, он твердо держится своей болезненной идеи и после моих настойчивых убеждений, сделанных в присутствии целой аудитории, в ошибочности его взглядов, он тем не менее сослался на Галилея, заявив, что, как последний утверждал, что земля вертится, так и он должен стоять на своем, т. е. что существо в его левом ухе действительно существует.

Обыкновенно говорят, что упорство бредовых идей, обусловленных обманами чувств, основывается на том, что последние в глазах больного являются свидетельствами органов чувств гораздо более убедительными, чем все убеждения других. Это обстоятельство, действительно, в некоторых случаях имеет огромное и безусловное значение, в особенности же там, где галлюцинации необычайно живы, обильны и обнаруживаются во многих органах чувств, благодаря чему для больного вместе с убедительностью галлюцинаторных образов утрачивается и всякая возможность правильного контроля со стороны непораженных органов чувств. В нашем случае, однако, не было ничего подобного: галлюцинации, как уже упомянуто, сосредоточивались главным образом в одном из органов чувств, именно, в органе слуха и притом лишь на одной стороне; к тому же больной имел полную возможность убедиться в болезненном происхождении своих слуховых галлюцинаций прежде всего потому, что в его левом ухе имеется шум, свист и в то же время обнаруживается очевидная слабость слуха, испытываются ненормальные кожные ощущения в наружном ухе и в частях, соседних с ушной раковиной, и пр. Словом, у больного существовал целый ряд болезненных явлений, понятных всем и каждому, не говоря о возможности более или менее правильного контроля со стороны всех остальных органов чувств, и, несмотря на то, он твердо убежден в справедливости своей нелепой идеи о присутствии в его левом ухе особого существа.

Такое упорство идеи, несмотря на очевидную ее нелепость,

вполне напоминает собой внушенные идеи. Последние, как известно, также прочно удерживаются в сознании в течение известного времени, несмотря на очевидное противоречие их с здоровой логикой.

Невидимому, сила внушенной идеи основывается главным образом на том, что внушение входит в сферу сознания совершенно независимо от «я» субъекта, которое поэтому может оказывать лишь слабое воздействие на этот прививной продукт сознания.

Не то же ли самое мы имеем и в галлюцинациях? Последние, являясь продуктами бессознательной умственной деятельности, точно так же вступают в сознательную сферу, как нечто совершенно независимое от «я» субъекта и потому-то они в известных случаях с такой быстротой подчиняют сознание больного даже наперекор его логике и здравому смыслу, который в этом случае легко и быстро вступает в ту или другую сделку с новым гостем сознания. Словом, на мой взгляд, одной из причин подавляющего влияния галлюцинаций на сознание душевнобольных является то обстоятельство, что их галлюцинаторные образы происходят из бессознательной сферы, уже в силу того быстро подчиняют сознание и волю подобно тому, как внушенные идеи, появляясь в сознании, подчиняют последнее, несмотря даже на то, что они не совместимы с здоровой логикой и убеждениями данного лица.

Самый характер галлюцинаций в подобных случаях напоминает собой настоящие внушения: наш больной, например, однажды слышал почти постоянное тверждение на следующую тему: «Не ходи в клинику, нас не найдут и не поймут, а ты все равно умрешь. Да ты не боишься смерти, а мы-то куда? Мы ведь тоже существа» и пр.

Очевидно, что слышание таких фраз действует подобно внушению и прививает больному идеи, которые при других условиях легко могли бы быть исправлены сознанием больного.

Известно уже давно, какое магическое влияние производят на больных отрывочные слуховые галлюцинации с повелительным тоном («убей!», «подожги!»), которые нередко сразу овладевают сознанием больного и приводят иногда тотчас же к преступным деяниям. В подобных случаях внушающий характер обманом чувств ясен до очевидности. В других случаях больные сами отлично сознают свою неспособность противостоять подчиняющему влиянию слуховых обманов чувств и говорят о внушении им чужих мыслей.

В нашем случае внушающее влияние обманов чувств проявлялось не только в отношении развития бреда, но они, по

словам больного, вызывали остановку мышления, а также действовали на физическую сферу, вызывая, например, затемнение зрения по отношению к известным предметам, совершенно напоминающее собой явление, известное в гипнозе под названием отрицательной галлюцинации, или же вызывая особые изменения в напряжении мышц нижних конечностей, затрудняющие ходьбу больного. и производя трясение рук при письме или онемение пальцев. Что дело идет в этом случае о настоящем внушении со стороны обманов чувств, производимом в бодрственном состоянии, легко доказывается тем обстоятельством, что каждый раз временное затемнение зрения или те или другие двигательные расстройства и расстройства чувствительности предшествуют слышанию голосов, предупреждающих о наступлении соответствующих явлений.

Особенно нередко у больных такого рода наблюдается влияние слуховых галлюцинаций на болевые ощущения, которые в полном смысле слова внушаются предшествующими им голосами, предупреждающими о предстоящем вызывании этих болевых ощущений.

**ОБ ИСКУССТВЕННОМ ВЫЗЫВАНИИ
ОБМАНОВ ЧУВСТВ У АЛКОГОЛИКОВ,
СТРАДАЮЩИХ ГАЛЛЮЦИНАТОРНЫМИ
ФОРМАМИ ПОМЕШАТЕЛЬСТВА**

Избранные
труды
В. М. Бехтерев

В последнее время Липман обратил внимание на возможность легко вызывать зрительные галлюцинации и иллюзии у больных, страдающих запойным бредом, с помощью надавливания на глазные яблоки. При этом выяснилось, что у некоторых больных возможность вызывать такие иллюзии и галлюцинации наблюдалась и вслед за прекращением острого периода запойного бреда. По наблюдениям автора, такие искусственно вызванные обманы чувств отличаются от естественных тем, что предметом их содержания редко служат животные, как, например, крысы или мыши; напротив того, в них в большинстве случаев преобладают неодушевленные предметы или люди; при этом не обнаруживалось и устрашающего характера искусственно вызванных обманов чувств, которые представлялись обыкновенно лишенными связности и того колебательного или качательного движения, которое, по автору, столь характерно для естественных галлюцинаций запойного бреда. По мнению автора, его способ может быть полезным и как диагностический прием в тех случаях, когда больные отрицают присутствие обманов чувств.

В видениях, вызываемых давлением на глазные яблоки, автор видит, между прочим, точное доказательство этиологической зависимости галлюцинаций от периферического раздражения.

На основании своих опытов он согласен также принять, что

многие из самопроизвольных обманов чувств, которые не представляют собой иллюзорного восприятия внешних впечатлений, являются иллюзорной переработкой внутренних, т. е. эндоорганных, возбуждений. Автор считает даже вероятным предположение, что такова причина всех вообще обманов чувств запойных пьяниц.

Нужно заметить, что уже и ранее некоторые высказывались в пользу зависимости обманов чувств при запойном бреде от периферических раздражений в органах чувств. Не говоря о старых наблюдениях Жолли, вызывавшего у галлюцинирующих больных слуховые обманы чувств с помощью раздражения слухового органа постоянным током, и наблюдениях Кеппена, описавшего появление обманов чувств при введении воронки в ухо и при других аналогичных манипуляциях специально по отношению к больным, страдающим *delirium tremens*, Некке допускает, что иллюзии зрения у них происходят вследствие энтоптических световых явлений. Независимо от вызываемых гиперемией сетчатки искр, огненных шариков и т. п., по Некке, легко может случиться, что глазное яблоко придет в соприкосновение с краем постели и таким образом произойдет периферически обусловленное сильное световое явление, которое затем соответственным образом перерабатывается в больном мозгу.

Вышеуказанная работа Липмана, впрочем, не осталась без возражений. Д-р Альцгеймер убедился, что зрительные галлюцинации вышеуказанным способом могут быть вызваны у разнообразных больных, как, например, параноиков, истеричных, эпилептиков и даже у паралитиков, в силу чего Альцгеймер не находит в этом явлении ничего специфического или характерного для запойного бреда. Тем не менее Липман и после этого заявления, не отрицая фактов, сообщенных Альцгеймером, допускает известное диагностическое значение искусственно вызываемых зрительных обманов, хотя и далек от того, чтобы считать их явлением специфическим.

При своих наблюдениях над алкогольными формами помешательства я уже в течение многих лет обращал особенное внимание на искусственное вызывание обманов чувств, но способ, к которому я прибегал для этой цели, был совершенно иным. Для вызывания слуховых иллюзий и галлюцинаций я пользовался монотонным звуком молоточка от индукционного аппарата, к которому больные должны были прислушиваться, для вызывания же зрительных обманов чувств я прибегал к фиксации больными в течение известного времени блестящего предмета, находящегося вблизи глазных яблок, как это применяется при гипнотизации. И тем, и другим способом мне удавалось вызывать в высшей степени легко обманы чувств не только у алкоголиков, находящихся еще в периоде запойного

бреда, но также и спустя более или менее продолжительное время после исчезновения обманов чувств и притом в некоторых случаях с поразительным постоянством, Я имел больных, у которых после перенесенной белой горячки не оставалось уже ни одного из болезненных проявлений и тем не менее достаточно было больному несколько прислушаться к звуку индукционного аппарата, как он уже начинал слышать в этом звуке голос, произносящий те или другие слова. Равным образом и при фиксации блестящего предмета у таких больных легко вызывались те или другие видения, например, какие-либо предметы, физиономии людей и т. п. Такого рода явления со стороны слухового и зрительного органа у больных, перенесших *delirium tremens*, продолжают различное время; иногда они исчезают уже спустя несколько дней по прекращении бреда, в других же случаях наблюдаются целыми неделями и даже в течение нескольких месяцев. Наконец, в случаях, когда после перенесенного *delirium tremens* обманы чувств у алкоголиков остаются как постоянное явление, нередко остается навсегда и эта поразительная склонность к появлению обманов чувств при вышеуказанных условиях в органе слуха или зрения или же в одном из этих органов.

Прекрасным примером подобного состояния может служить больной, на котором мы остановились при рассмотрении вопроса «О слышании собственных мыслей». Мы видели, что у этого больного, перенесшего много лет назад приступ острого галлюцинаторного психоза алкогольного происхождения и у которого остались галлюцинации, ограничивающиеся почти исключительно одним левым ухом, уже при непродолжительной фиксации блестящего предмета в первый раз появилось видение двойных часов; в другой раз при такой же фиксации блестящего предмета больной уже видел сильно жестикулировавшего человека, затем мужчину с детьми и пр. Совершенно аналогичные явления при одинаковых условиях наблюдались и в других аналогичных случаях. Точно так же прислушивание к монотонному дребезжанию индукционного аппарата у таких больных уже по истечении короткого времени вызывает появление слуховых обманов. В некоторых случаях прислушивание ко ссыасму решительно звуку, на котором может быть сосредоточено внимание больного, уже вызывает появление слуховой иллюзии того или иного содержания. Относительно характера обманов чувств, вызываемых у алкоголиков искусственно с помощью вышеуказанных раздражений, необходимо заметить, что, согласно мнению Липмана, они, действительно, в большинстве случаев не представляют ничего устрашающего и вообще почти не содержат чего-либо неприятного для больных в противоположность естественным обманам чувств, обнаруживающимся при алкогольных формах помешательства.

Что касается причины искусственного вызывания обманов чувств при вышеуказанных способах, то оно, по-видимому, сводится не на одну только повышенную возбудимость самих органов чувств, но, вероятно, еще в большей мере на влияние напряженного внимания. Дело в том, что вышеуказанные раздражения оказываются действительными обыкновенно лишь в том случае, если больные сосредоточивают на них внимание, в противном случае те же самые раздражения неспособны вызывать обманов чувств.

Таким образом, очевидно, что какое бы значение в происхождении обманов чувств мы ни придавали внутренним раздражениям периферических органов, не подлежит сомнению, что в появлении обманов чувств в вышеуказанных случаях играет известную роль и чрезмерная возбудимость психических центров, приходящих в состояние патологического возбуждения под влиянием направления внимания на то или другое внешнее впечатление.

Что касается, наконец, вопроса относительно диагностического значения искусственно вызываемых обманов чувств для алкогольных форм помешательства, то, хотя и не может подлежать сомнению, что подобные же явления могут обнаруживаться в известных случаях и при других формах помешательства, тем не менее мои наблюдения говорят с решительностью в пользу того что вышеуказанные явления составляют в общем довольно частый симптом галлюцинаторных форм именно алкогольного происхождения.

О ПЕРИОДИЧЕСКИХ ПРИСТУПАХ РЕТРОАКТИВНОЙ АМНЕЗИИ

**Избранные
труды**

В. М. Бехтерев

В нижеследующем изложении дело идет о больном, который после постигшего его удара стал обнаруживать кратковременные приступы амнезии. Больной сам описал свое состояние в особой записке, которую я и приведу здесь ранее, чем передать другие сведения о его болезни.

«Болезнь моя заключается в повторяющихся припадках временной потери памяти; во время этих припадков я забываю, что было со мною даже час назад, не помню, какой в это время день, где я был перед тем; иногда забываю, что было накануне; но период самозабвения не простирается дольше суток перед тем моментом, как я очнусь от самозабвения, ибо в последнем я легко припоминаю и вообще помню все то, что было за сутки до наступления припадка потери памяти.

Припадки потери памяти обыкновенно случаются со мною после продолжительных непрерывных служебных занятий, в особенности требующих умственного напряжения.

Пользующий меня врач, хорошо изучивший мою натуру, приписывает Эти явления переутомлению, при расстройстве нервной системы, и потому прописывает мне бромистый калий в микстуре в соединении с другими лекарственными веществами, в то же время безусловно запрещая мне служебные занятия. Прием бромистого калия всегда оказывал полезное на меня действие; припадки скоро проходят даже и без приема медикаментов, если я день или два отдохну от занятий, а иногда даже через два-три часа отдыха.

Начало расстройства нервной системы относится к концу 1874 г. В 1873 г. я потерял первую жену, о которой долго и сильно тосковал, оставшись с тремя малолетними детьми. Тоску я старался заглушать усиленными служебными занятиями, даже и на дому. В конце же 1874 г., около 20 декабря, я перенес сильнейшее душевное огорчение, непосредственное последствие которого выразилось тем, что я с 4 часов дня до 9 часов утра следующего дня заснул и так крепко, что никак не могли разбудить меня ни к вечернему чаю того же дня, ни к утреннему на другой день, поэтому на другой день утром пригласили ко мне врача, который велел поставить мне по сторонам позвоночного столба сухие банки, что и было исполнено тогда же, отчего я очнулся. Через несколько дней меня отвезли в Военно-медицинскую академию к приват-доценту Петру Ивановичу Успенскому. Это было в начале января 1875 г., когда уже возобновилось в академии чтение лекций студентам. П. И. Успенский при мне же читал студентам лекцию о моей болезни, сказав, что со мной случился сильный нервный удар, сопровождающийся воспалением мозговой оболочки, вследствие усиленных занятий при недостатке воздуха, и что болезнь впоследствии повторится. Он назначил мне куратора студента и прописал йодистый калий. Лечение продолжалось у меня на квартире около месяца под наблюдением куратора; тогда же начались у меня непроизвольные подергивания мускулов лица и век, у меня изменилось выражение лица и глаз, так что видевшие меня тогда говорили, что я не похож на себя. Физически я стал вскоре поправляться и начал ходить на службу, но заниматься ничем не мог, вследствие того, что при малейшем умственном напряжении появлялась у меня острая, колющая боль в затылке. Летом того же 1875 г я уволен был в отпуск на 3 месяца на родину, во Владимирскую губернию. Там я значительно окреп, но выражение лица и глаз осталось прежнее.

После того у меня сильно развилось сердцебиение, унаследованное от моих родителей и усилившееся после смерти первой моей жены. (В октябре 1875 г я вторично женился) Сердцебиение продолжается до настоящего времени Кроме того, я стал слишком впечатлителен, не могу слушать рассказов или чтения о несчастных случаях не только с людьми, но и с

животными, тогда я моментально весь вздрагиваю. Это вздрагивание случается у меня и тогда, когда я, легши в постель вечером, о чем-либо думая, долго не засыпаю.

Возвращаюсь к обстоятельствам, следовавшим за указанным выше нервным ударом.

В 1875 г я лечился электричеством, но бесполезно, мне помогло лечение сгущенным воздухом и пребывание в летнее время на родине, в отпуске. Тогда же я начал по совету доктора каждодневные прогулки пешком в течение часа и более, что продолжаю, хотя и не всегда, до настоящего времени.

С 1877 г., считая свое здоровье восстановившимся, я начал свои служебные занятия, которые с 1878 г. должны были усилиться.

Что касается до нынешних припадков временной потери памяти, то первый такой припадок случился со мной летом 1890 г, но довольно слабый; более сильные припадки начались в 1894 г. Летом этого года я, живя на даче в Лесном, усиленно занимался одной служебной работой, причинявшей мне под конец головные боли, сначала тупые, какие обыкновенно бывают от утомления, а потом и острые, щемящие, в задней ЧРСТИ головы, в левой половине ее; но в этот раз припадка потери памяти не было. По возвращении с дачи в город, осенью 1894 г., у меня усилились служебные занятия по так называемой текущей части; тогда повторился со мной сильный припадок временной потери памяти; то же и той же причины повторилось со мной в начале 1895 г. По причине своего очень заботливого характера, я, засыпая очень поздно, около 12 часов ночи, очень рано просыпался и так как, лежа в постели, долго не мог заснуть, то уже вставал с постели и приступал к занятиям часа в 4 в 3 утра и даже раньше; иногда по окончании работы я, снова успокоенный, ложился на постель; иногда, хотя очень редко и не надолго, опять засыпал. Осенью того же 1895 г. и в начале 1896 г. у меня снова усилились служебные занятия; тогда оба раза снова повторились припадки потери памяти, которым всегда предшествовала головная боль, сначала тупая, а потом острая, щемящая, в левой стороне затылка; в таких случаях я прерывал занятия на некоторое время. Но весной 1896 г. те же болезненные припадки стали повторяться чаще, причем у меня развилась чрезмерная впечатлительность. Мне говорили врачи, что надо бросить служебные занятия, но я не решался ослаблять свои занятия. В то же время я не мог не сознавать и могущие произойти от неумеренного труда вредные и опасные для моего здоровья последствия. По настоянию врачей летом 1896 г. (в конце мая) я взял месячный отпуск и совершил прогулку по Волге в течение 2 недель; с Волги я ездил на родину дней на 10. Прогулка эта очень хорошо повлияла на здоровье, так что я чувствовал себя вполне здоровым и способным даже к

усиленным служебным трудам, которые и продолжал до лета 1897 г.; летом сего года, живя на даче в Шувалове, я очень усиленно занимался одним сложным служебным делом, не оставляя и обыкновенных своих всегдашних дел, для чего каждодневно ездил с дачи на службу. На даче опять повторился припадок потери памяти, но довольно слабый и непродолжительный. Осенью и зимой от той же причины опять стали повторяться эти припадки. В начале февраля текущего года (4-го числа), повторился легкий припадок потери памяти, а 6-го числа того же месяца он продолжался с 9 часов утра до 6 вечера, в этот промежуток времени я ничего не помнил из недавнего, не теряя, однако, как и прежде, сознания, не ходил и на службу, на другой день я не помнил того, что было со мною накануне 8-го числа я совершил прогулку за город на извозчике, освежился, но несколько простудился, чувствовал на другой день боль в покровах головы, затем легкое ослабление памяти опять повторялось и на первой неделе великого поста. В феврале месяце я в первый раз был у Вас на квартире в приемные часы вместе со своей женой. Когда Вы расспрашивали меня о моей болезни, я, находясь в тревожном состоянии, даже плакал, что обратило на себя Ваше заботливое внимание. Как ласковое обхождение Ваше со мной, так и прием прописанных Вами лекарств произвели благотворное действие на меня — я стал крепче, головных болей не было, так что я продолжал свои служебные занятия беспрепятственно, хотя их было и много. Поэтому-то во второй визит к Вам (6 марта) я совершенно справедливо сказал Вам, что стал чувствовать себя гораздо лучше с того дня, как был у Вас. Головной боли у меня теперь не бывает. несмотря на довольно напряженные служебные занятия. Раз у меня повторился весьма легкий и кратковременный припадок потери памяти. Это было, когда я на днях шел из бани, где была очень высокая температура. То же случалось со мной и прежде, уже давненько. Головной боли у меня теперь не бывает, а иногда чувствую только утомление; тогда я оставляю ненадолго занятия, и головные боли прекращаются.

В дополнение к вышеизложенному считаю нужным сказать, что я всегда вел, как и теперь веду, вполне регулярный образ жизни; водку пью более чем умеренно. Редко хожу куда-либо в гости по вечерам, но возвращаюсь домой рано. Повседневно же ложусь в постель в начале 11-го часа, читаю, лежа в постели, газеты или книги, около 12 часов засыпаю. Просыпаюсь, по большей части рано, часов в 6, 7; иногда встаю и занимаюсь служебными делами.

Ввиду всего вышеизложенного, естественно, возникает вопрос: соображения как легкие, так и напряженные относятся к области умственной деятельности, казалось бы, они должны отражаться на уме, на ослаблении умственных способностей. Почему же от умственного переутомления страдает память и

почему от переутомления забываются только обстоятельства самого последнего времени, но сохраняются в памяти обстоятельства и события, бывшие прежде, даже в очень отдаленное время. Как объяснить это физиологически?».

В дополнение к этому описанию я прибавлю от себя лишь то, что служит к большому уяснению состояния нашего больного и опишу болезненные явления, наблюдавшиеся позднее, 16 марта 1898 г., к каковому времени относится вышеприведенная записка больного.

Первый приступ с больным случился в 1890 г. и продолжался несколько часов, затем приступов не было вплоть до 1894 г., когда они снова стали изредка повторяться. Прошедшим летом случился приступ такого же рода, длившийся всего один час. Затем с 31 января нынешнего года до половины марта месяца было уже 3 приступа. Первый приступ 31 января имел всего продолжительность около получаса, а в начале февраля приступ длился с 8,30 часов утра до 9 часов вечера. Последний приступ случился с больным вечером 15 февраля и продолжался всего полчаса. Затем с больным случилось еще два приступа в период моего наблюдения за ним, о которых речь будет ниже. Все приступы, которые с ним бывали раньше, развивались после напряженных умственных занятий; им обыкновенно предшествуют головные боли, особенно в затылочной области. Развиваются эти приступы всегда внезапно и также внезапно кончаются. Во время приступов у больного вполне сохраняется сознание относительно всего окружающего, он сознает свое болезненное состояние, сильно удручается им, иногда даже плачет, сознавая ненормальность своего состояния, описывает его окружающим и пр. При этом никаких болезненных явлений со стороны двигательной сферы не обнаруживается.

Сущность самого психического состояния, как это явствует из его многократных описаний, делаемых во время самых приступов, состоит в том, что он при полном сохранении сознания теряет память по отношению к событиям недавним, предшествовавшим лишь за несколько часов до приступа и никак не более суток. Все же более отдаленные события он отлично припоминает и рассуждает вообще здраво. Его обычные в этом случае жалобы заключаются в заявлениях о невозможности припомнить ничего из того, что он делал ранее за несколько часов, куда ходил, с кем говорил и т. п. Больной даже удивляется тому, что он не может припомнить ничего из того, что было так недавно, тогда как отдаленные события помнит хорошо, как всегда. После того как приступы проходят, у больного развивается обыкновенно по отношению к ним амнезия и он потом большей частью не может припомнить о состоянии, бывшем с ним, или же припоминает смутно, неясно. Последние два приступа, случившиеся в марте месяце, произошли с

больным первый в жаркой бане, второй под влиянием тревоги; но оба приступа протекли совершенно стереотипно, как и все предыдущие. Ни головокружений, ни судорожных явлений у больного во время приступов вообще никогда не обнаруживалось. К анамнестическим сведениям необходимо добавить, что после бывшего с ним удара у него наблюдалась некоторое время *impotentia virilis*, затем половая функция восстановилась. Сифилисом и другими венерическими болезнями он никогда не страдал.

Что касается объективного исследования, то его результаты сводятся к следующему: больному в настоящее время 67 лет, он высокого роста, хорошего телосложения, имеет довольно высокое служебное положение по комитету раненых и представляет собой человека вполне интеллигентного. В сосудах обнаруживается склероз, во внутренних органах заметных отклонений от нормы не имеется. У больного обнаруживается не совсем внятная речь, что идет еще от времени удара. Пишет левой рукой, вследствие того, что в правой руке с 60-х годов развилась *moigraphia*, но после бывшего удара и левой стал писать плохо, как он выражается, «крючками». Теперь он может писать правой рукой лишь с сильно поднятым локтем и сильно отведенным большим пальцем. При всем том правой рукой долго писать не может, вследствие развивающейся судороги пальцев. В обоих глазах *staphiloma posticum*, в левом глазу очень большая *v. d.* = 0,3, *v. sin.* = 0,2. На дне глаза видимых изменений нет.

При исследовании мочи, произведенном в химической лаборатории д-ра Пеля, найдено: суточное количество 1 100, реакция кислая, удельный вес 1,023. В осадке мочи, кроме слизи и мостильного эпителия, найдены кристаллы мочевой кислоты, лейкоциты, семенные тельца, гиалиновые и мелкозернистые цилиндры. Мочевины 27,43 г, мочевой кислоты 0,88 г, хлористого натрия 12,43 г, фосфорной кислоты 2,07 г, серной кислоты 1,96 г, общее количество азота 14,59 г, левкомаинов 1,23. Кроме того, следы белка и следы пептонов. По расчету отношение общего количества азота мочи к количеству азота мочевины выражается $13,26: 11,64 = 100: 87,78$, откуда следует, что интенсивность окисления азотистых веществ ниже нормы; отношение общего количества азота мочи к количеству фосфорной кислоты выражается $13,26: 1,00 = 100: 14,2$; отношение количества мочевой кислоты к количеству фосфорной кислоты в виде ее фосфорнодвунатровой соли выражается $0,80: 0,68 = 1,29$, что, по Цернеру, указывает на выделяемость мочевой кислоты, значительно превышающую норму; отделение общего количества фосфорной кислоты мочи к количеству фосфорной кислоты в виде ее фосфорнодвунатровой соли как $1,88: 0,68 = 100: 36,2$, что указывает, по Пелю, на состояние щелочности крови значительно ниже нормы.

Ввиду явных признаков бывшего мозгового поражения, больному были назначены мною с самого начала йодистый и бромистый калий, ванны в 28° R и бромистый хинин в небольших приемах. Терапия эта оказала свое воздействие и субъективно больной начал чувствовать себя лучше. Так как, однако, приступы еще продолжались и случились в период моего наблюдения — один в жаркой бане, а другой после тревоги, или, точнее говоря, после нравственных волнений, то я присоединил к предыдущей микстуре еще *Adonis vernalis* и *Codein*, а ввиду указания на мочекислый диатез назначено на весеннее время пить Виши. После назначения *Adonis vernalis* вышеуказанные приступы более не повторялись.

В приведенном наблюдении заслуживают внимания самые приступы, которые носили явный характер временной ретроактивной амнезии, так как с наступлением приступа больной, сохраняя полное сознание по отношению к своему состоянию и окружающей обстановке, тем не менее в течение приступа утрачивал совершенно воспоминание о событиях, случившихся за несколько часов перед тем и вообще не более, как за сутки по отношению к самому приступу.

При этом у больного, кроме предшествующей головной боли в задней части головы, не обнаруживалось никаких болезненных ощущений и вообще больней, вполне сознававший свое состояние во время приступа, не обнаруживал никаких внешних признаков его наступления, заявляя лишь жалобы на потерю памяти недавнего прошлого. Как наступление, так и прекращение приступа не сопровождалось никакими вообще ни объективными, ни субъективными симптомами, после же приступа больной нередко, особенно при более тяжелых и продолжительных приступах, утрачивал воспоминание по отношению к самому приступу.

Последнее обстоятельство дает повод думать о присутствии в данном случае эпилептоподобного состояния, которое могло развиваться на почве бывшего органического заболевания мозга. В пользу этого можно было бы привести и то обстоятельство, что приступы окончательно исчезли лишь после назначения предложенной мною противопадучей смеси из *Adonis vernalis* с бромом и кодеином, но это обстоятельство не может быть признано существенным уже в силу того, что вышеуказанная смесь, как я убедился из своей практики, оказывает благотворное влияние и против многих других нервных заболеваний общего характера. Тем не менее, только что указанная точка зрения представляется, на мой взгляд, наиболее вероятной ввиду последующей амнезии приступа, тем более что явления ретроактивной амнезии уже описывались при падучей. При всем том нельзя не отметить своеобразной особенности вышеописанного наблюдения, заключающейся в

том, что взамен обычного, свойственного падучей симптома, характеризующегося помрачением или потерей сознания, у больного во время приступов, вместе с полной ясностью сознания и ни в чем не изменяющимся отношением его к окружающей обстановке, обнаруживается ретроактивная амнезия или забвение недавнего прошлого, стереотипно повторяющееся каждый раз вместе с развитием приступов. При этом не лишено значения, что у больного ни судорожных приступов, ни даже головокружений в течение всего болезненного состояния не обнаруживалось, что опять-таки выделяет этот случай из случаев обыкновенной падучей и заставляет признать его своеобразным эпилептоидным состоянием, характеризующимся амнезическими приступами.

**ОБ ОСОБОМ, РАЗВИВАЮЩЕМСЯ С
ДЕТСТВА, НЕРВНОМ ПОРАЖЕНИИ,
ВЫРАЖАЮЩЕМСЯ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ
РАССТРОЙСТВАМИ И СЛАБОУМИЕМ**

**Избранные
труды**
В. М. Бехтерев

Хотя в последний период времени паше знакомство с разнообразными наследственными формами сильно подвинулось вперед, тем не менее еще и в настоящее время мы встречаемся с типами болезней, которые не укладываются в рамки известных нам болезненных форм. Так, не далее, как в 1900 г., О. Гизе описал особую форму наследственного нервного поражения, выражающегося дрожанием, расстройством речи и слабоумием.

В наблюдениях автора дело идет о двух больных: брата 25 лет и сестры 32 лет, у которых все прочие братья и сестры были здоровы. Больные, о которых идет речь, уже с детства обнаруживали умственную отсталость. В период же возмужалости слабоумие стало заметно усиливаться и вместе с тем начали обнаруживаться своеобразные двигательные расстройства, выражающиеся нарушением речи, которая сделалась медленной, неясной и монотонной. При этом в руках и отчасти в мышцах лица обнаружилось ясное дрожание неправильного характера, существовавшее уже при покое, при движениях же резко усиливавшееся. Вместе с тем и походка сделалась неуверенной и шаткой. Как мышечные, так и сухожильные рефлексy при исследовании обнаруживали повышение. Механическая возбудимость мышц на руках и отчасти на лице, где обнаруживалось дрожание, представлялась резко повышенной. В членах замечалась заметная ригидность. Кроме того, у сестры обнаруживался резкий парез малоберцовых мышц, у брата же паретических явлений не обнаруживалось. В общем болезнь имела медленно прогрессирующее течение. По автору, в этих случаях кора мозга несомненно должна быть поражена, равным образом автор считает вероятным и поражение мозжечка в виду существования, хотя и слабо выраженной, мозжечковой атаксии. Вместе с тем автор признает вероятным в своих случаях поражение пирамидных путей, тогда как поражение передних

рогов спинного мозга он полагает возможным исключить совершенно.

В том же 1900 году, к которому относится публикация О. Гизе, мне представился случай, который точно так же не подходит под описанные до сего времени наблюдения наследственных нервных поражений. Случай этот в известном отношении напоминает наблюдения, сделанные О. Гизе, но в то же время отличается от них некоторыми своеобразными особенностями, в силу чего и ввиду редкости самого заболевания он представляется интересным и заслуживает внимания. Подробное исследование этого случая было сделано по моей просьбе д-ром О. Останковым. Кроме того, я сам имел возможность неоднократно наблюдать и исследовать эту больную, история которой заключается в следующем.

Больная А., 19 лет. Отец умер 67 лет от скоротечной чахотки после инфлуенцы; он был очень нервный. Мать страдает грыжей. Братья отца были люди с большими странностями. Тетка по отцу страдала душевным расстройством и умерла в больнице на Удельной. Отец был женат два раза. Наша больная — дочь от второго брака. От первого брака отец имел троих детей, из которых одна дочь страдала базедовой болезнью, один сын пил запоем, спился и умер от чахотки. От второго брака, кроме нашей больной, есть еще один сын который отличается нервностью. Со стороны матери дед и дядя были недостаточно развитые, дядя, кроме того, страдал падучей болезнью.

Родилась больная недоношенным ребенком (на 8-м месяце) и в асфиксии, вследствие того, что мать не поберегла себя во время беременности от тяжелых физических усилий и имела повод подвергаться волнениям. После рождения девочка страдала еще кровотечениями из пуповины в течение месяца, вследствие плохой ее перевязки. Зубы прорезались в срок, ходить начала больная около году и четырех месяцев; ходила однако не твердо и часто падала. Хорошей, правильной походкой она никогда не обладала. До 4 лет больная ничего не говорила. Затем после перенесенной тяжелой формы скарлатины больная стала бойко говорить, а 6 лет самоучкой выучилась читать; окружающие ее родные в это время замечали у нее какое-то ненормальное нервное возбуждение.

До 9 лет больная перенесла серию заболеваний, сильно ее ослабивших, как-то: корь, коклюш, ветреную оспу, а 9 лет, по словам матери, перенесла «воспаление мозга», после чего она уже не могла учиться, забыла все, что учила раньше, и затем так и осталась недоразвитым физически и психически ребенком. 11 лет показались менструации. В этом же возрасте у больной замечена была ненормальная склонность ко сну и обнаруживалась раздражительная слабость. До 1899 г. мать ее

считала все-таки психически здоровой, хотя отсталой в умственном отношении. В 1899 г. в сентябре больная заметно стала хуже ходить, стала чаще падать и однажды вывихнула себе ногу, лечение которой взяло шесть недель. Со времени этого вывиха больная стала очень раздражительной, часто стала говорить о своей непригодности к жизни, жаловалась на предсердечную тоску и высказывала желание поскорее умереть.

Зимой в 1899 г. больная успокоилась и даже мечтала о замужестве. Осенью 1900 г. она стала опять раздражительной, стала по целым ночам плакать, грозила покончить с собой, но попыток к самоубийству ни разу не обнаруживала. Ничем больная не занимается, кроме игры в карты. Часто больная сердится, а по временам бывает значительно возбуждена. Status praesens. Окружность черепа 54 см. Ушные раковины отстоят от черепа значительно, ушные сережки выражены слабо, левая ушная раковина несколько больше, чем правая. Зрачки неравномерны, левый шире правого, на свет зрачки реагируют хорошо. Язык тоньше нормального, при высовывании замечается резкое дрожание. При осмотре больной должно отметить большое отложение жира в подкожной клетчатке; груди отвисшие, развитие груди обращает на себя внимание в виду их чрезвычайно больших размеров. Руки в кистях производят впечатление недоразвитых, в пальцах рук наблюдается уже при покое мелкое резко выраженное дрожание, которое еще более усиливается при движении; писать больная может с трудом, при чем почерк ее неровный, дрожащий (см. рис. 1). Кисти рук резко цианотичны, покрыты клейким потом и холодны на ощупь. Мелкие движения пальцев медленного темпа; скоро больная выполнять их не может, вследствие некоторой ригидности мышц. Мышечная сила правой руки 48 фунтов, левой 50 фунтов. Все движения в предплечьях и плечах вполне возможны. Предплечья, как и кисти, развиты слабее, чем плечи. Походка больной колеблющаяся и спастически-паретическая; больная заявляет, что при ходьбе ноги ее не сгибаются; при этом туловище ее держится не прямо, а несколько согнувшись. Вместе с тем при ходьбе больная заметно отклоняется в правую сторону и вообще походка больной не твердая и несколько колеблющаяся.



Объем стоп, правой 25 см, левой 24 см; объем правой голени 38 см, левой 40 см, объем правого бедра 56 см, левого 58 см. Стопы и голени развиты слабее, бедра же чрезвычайно толсты. Стопы холодны на ощупь и кожа имеет красный оттенок. Мышечная сила ног ослаблена, особенно это выражено в сгибателях стопы и разгибателях голени. Возбудимость мышц без резких

изменений.

Исследование болевой чувствительности не обнаруживает никаких расстройств; тоже следует сказать о тактильной и температурной чувствительности. Позвоночник в шейной и плечевой части изогнут кзади более нормального.

Кости черепа чувствительны к постукиванию, особенно с левой стороны. Позвоночник к постукиванию не болезнен. Подошвенный рефлекс выражен хорошо, ягодичный не получается, брюшной и подчревный также. Сухожильные рефлекс верхних конечностей ослаблены.

Рефлексы с ахиллова сухожилия получаются; коленные рефлексы также получаются, но слабо. Клонуса коленной чашки и клонуса стоп нет. Со стороны внутренних органов следует отметить слабые тоны сердца и легко сжимаемый пульс (70 в 1'). Со стороны органов чувств больная заявляет жалобы на ослабление зрения. Со стороны мочеотделения больная жалуется на бывающие у нее по временам частые позывы. Отправления кишечника вялы.

Со стороны психической у больной замечается резкая отсталость в развитии, она не может сказать какой год, не может прочесть многозначных чисел и пр. Память умеренная. Настроение духа большею частью подавленное. Никаких бредовых идей больная не высказывает. Речь больной не вполне ясная, несколько лепечущая. Восприятие замедленное.

Свое настроение она объясняет тем, что над ней смеются и обижают ее, поэтому она и чувствует тоску, раньше же помышляла о самоубийстве. Беспомощность ее состояния всегда ее сильно удручала. По временам больная вспоминает все печальное из прошлого, изображает в жалком виде себя, говорит, что ее били, не любили и обижали. Под влиянием таких мыслей у нее наблюдаются приступы неудержимых рыданий. Чувственная реакция у больной вообще сильно повышена. Обманов чувств не наблюдается.

Рассматриваемое заболевание по внешности, ввиду явлений мозжечковой атаксии и расстройства речи при отсутствии изменений чувствительности и при медленно развивающемся с раннего возраста страданий, может напоминать в известной мере наследственную атаксию Фридриха, но оно отличается от нее отсутствием явлений мышечной атаксии, хореатических явлений и нистагма, сохранностью коленных сухожильных рефлексов, дрожанием членов, некоторой ригидностью и явлениями слабоумия, не говоря уже о наблюдавшемся в нашем случае недоразвитии периферических частей конечностей.

Что касается наблюдений, сделанных О. Гизе, то есть достаточно оснований признать, что в нашем случае дело идет о подобном же своеобразном заболевании. Но наш случай выделяется от случаев О. Гизе, тем, что сухожильные рефлексy не представлялись повышенными, равным образом и повышенной мышечной возбудимости в нашем случае не наблюдалось. С другой стороны наш случай выделяется от наблюдений О. Гизе ясным недоразвитием периферических отделов конечностей, отсутствием местного паралича, как было бы по крайней мере у больной сестры О. Гизе, и более или менее резкими явлениями застоев в конечностях. Нельзя не обратить внимания также на то обстоятельство, что в нашем случае, кроме крайне неблагоприятной наследственности, имелась совершенно особенная этиология заболевания в виде преждевременных родов и целого ряда других, бывших в детстве больной моментов, окончательное значение которых в отношении развития болезненного состояния должно предоставить будущему.

Хотя болезненное состояние в нашем случае заметно стало обнаруживаться около 9-летнего возраста, со времени появления тяжелых мозговых симптомов, но дегенеративные признаки и недоразвитие конечностей у больной ясно свидетельствуют, что первоначальные задатки болезни должны быть даны уже неблагоприятными условиями наследственности, тем более что походка больной уже с самого начала представлялась неправильной. Тем не менее должно иметь в виду, что развившееся в 9-летнем возрасте мозговое поражение у нашей больной впервые дало существенный толчок к развитию ее болезненного состояния, с тех пор медленно, но постоянно прогрессирующего. Имея в виду наличность у больной признаков слабоумия, резкого дрожания конечностей и своеобразного расстройства походки с характером мозжечковой атаксии, должно признать, что дело идет в данном случае о поражении мозговой коры и мозжечка, причем, как надо думать, подвергаются вторичному перерождению как пирамидные, так и мозжечковые нисходящие пучки.

**О НАВЯЗЧИВЫХ КИШЕЧНЫХ И
ПУЗЫРНЫХ КРИЗАХ И О ЗНАЧЕНИИ
ПРИ НИХ ЛЕЧЕНИЯ ВНУШЕНИЕМ**

**Избранные
труды**
В. М. Бехтерев

В заседании от 28 октября 1904 г. я сообщил научному собранию клиники душевных и нервных болезней свои наблюдения относительно пузырных и кишечных кризов навязчивого характера.

В этом сообщении мной были указаны и те немногие литературные данные, которые имелись по занимающему нас вопросу, начиная с Оппенгейма и затем указания Нотнагеля, Боаса, Паризера, Пика, цитированные Оппенгеймом в статье, относящейся к этому предмету и помещенной в Медицинском

обозрении за июнь, т. LV.

В настоящем сообщении я останавлиюсь еще раз на своеобразных расстройствах кишечника, которые, на мой взгляд, правильное всего могут быть названы навязчивыми «кишечными расстройствами, или кризами».

Дело идет в этом случае о настоящих расстройствах кишечника с частыми позывами и даже поносом в такое именно время, когда расстройство кишечника по обстоятельствам дела является крайне неуместным. Благодаря этому, оно нарушает в такой мере жизненные условия, что держит больных под постоянным страхом за возможное развитие кишечного расстройства в период времени, когда оно является особенно неудобным.

Но приведем здесь самые наблюдения, относящиеся к занимающему нас предмету и представляющие собою несколько типичных случаев, бывших под моим наблюдением за последнее время.

Больная У., 32 лет, замужняя. Более 10 лет начала страдать навязчивыми кишечными кризами. Она уже с юности имела нервные кишечные расстройства. Во время ее пребывания в Риме у ней началось случайно расстройство кишечника, вследствие которого она должна была выходить из-за табльдота. Это ее сильно стесняло, и она немало волновалась. Но чем больше она волновалась, тем больше ее беспокоило расстройство кишечника и тем чаще являлись позывы.

С этого времени и начала обнаруживаться боязнь кишечного действия при всевозможных случаях, когда такое действие может оказаться неуместным.

Больная сама о начале своей болезни пишет следующим образом:

«Я родилась недоноском и с раннего детства была уже нервной, всегда плохо спала и была очень впечатлительной.

Когда мне было около 19 лет, вследствие болезни отца *tabes*'ом, дома была постоянно обстановка больницы. На меня это наводило смутный страх и вызывало безнадежность. 13,5 лет меня отдали в закрытое заведение, и я стала усиленно учиться; через 2 месяца я сформировалась и вскоре после этого заболела тяжелой скарлатиной. После нее стала постоянно худеть, очень ослабела, появились невралгии, головные боли. На следующую осень перенесла сильную корь.

С тех пор каждый менструальный период сделался настоящей

болезнью, гричем первые дни всегда делалось сильное кишечное расстройство. Во время экзаменов являлось такое же расстройство, которое тома объясняли простудой, но я теперь убеждена, что это было нервное состояние.

По окончании гимназии меня стали «вывозить», и каждый переход от тягостной монотонной и одинокой жизни в деревне к слишком разнообразной жизни в П-ге вызывал опять мой своеобразный «катарр кишок». Но тогда это скоро проходило, особенно после солевых согревающих компрессов. 19 лет меня повезли за границу. Едва переехав в Рим из Флоренции, я почти сейчас же заболела желудком в прежнем роде, но на этот раз болезнь приняла особенную форму.

У себя в комнате, во время катанья, гулянья я была совсем здорова, но стоило сойти в ресторан к табльдот или пойти в театр, как меня начинали мучить схватки. И чем я больше этим стеснялась, чем неудобнее было выйти, тем эти позывы были сильнее и чаще. Ни лекарства, ни красное вино — ничто не помогало.

И с тех пор более 10 лет эта болезнь не поддается никакому лечению. Боясь этих схваток, я одно время просто морила себя голодом и ужасно ослабела. Тогда решили, что у меня римская малярия; замучили мышьяком (уколами), железом, посылали в Аббадию.

В это время я вышла замуж, и вопреки мнению докторов мне стало еще хуже.

Одно время, не то от жизни на юге в полном спокойствии, не то от теплых морских ванн мне стало лучше, но скоро после этого наступила беременность, которая вызвала ужасное нервное состояние, стремление к самоубийству и потребность причинять себе и окружающим боль и вред.

Таким образом, беременность и роды меня только истощили, и мое состояние опять ухудшилось, хотя проф. Р. и др. говорили, что у меня про сто истерия, вызванная неправильным положением и плохим развитием женских органов, и что «материнство меня вполне исцелит», но, считая его маловероятным, меня убеждали согласиться на операцию.

С тех пор я и лечилась, и пробовала увлечься делом, и утомляла себя физическим трудом или только лежала и ела (у Лейдена), но ничто не помогало.

При вполне спокойном состоянии желудок действует правильно, как часы, скорее всегда крепок, но стоит начать собираться, особенно спешно, в театр, в церковь, на вокзал, — тотчас

является позыв за позывом и желудок действует 5—6 и более раз.

В обществе же и от музыки большею частью является чувство распираания газами и невозможность их сдержать. Иногда, хотя и редко, они отходят отрыжкой. Слишком сильное усиление сдержаться вызывало тогда нервные припадки; дрожь и подергивание всего тела или рыдания. Иногда крепкое вино или что-нибудь очень кислое помогает пересилить позывы, но с годами это все становится труднее.

Дед мой по отцу — мечтательная, артистическая натура. После одной неудачи поселился в деревне, стал тосковать и пить. В этом уже периоде он женился и кончил жизнь самоубийством.

Отец очень даровитый (талант к живописи), но рано повел «широкую» жизнь и в 25—26 лет уже страдал ипохондрией, а порой галлюцинациями.

Женился 35 лет уже больной *tabes om.* Мать вечно страдала мигренями и нервами, потом подагрой.

Сестра матери не вполне нормальная.

В период моего наблюдения у больной появляются позывы на низ и расстройство кишечника, как только куда-нибудь ей приходится ехать, например, в театр, в церковь, к знакомым и т. п., а также и в том случае, когда она ждет к себе знакомых. Уже при одевании ей приходится постоянно бегать в клозет, что случается от 5 до 10 раз, прежде чем она выедет. С ней случается иногда, что, приехав к своим знакомым и позвонив к ним, она вынуждена возвращаться домой для того, чтобы еще раз идти в клозет. По словам больной, однажды в театре она должна была спешно выбежать из кресел и заплатить большие деньги, чтобы мгновенно была сломана запертая дверь в клозете.

В другой раз во время пожара, когда нужно было бы спасти себя и имущество, она должна была сидеть в клозете. Чем более важно для больной быть где-нибудь, тем и позывы мучительнее.

Если больная при этом удерживается, то у ней начинается вздутие живота, очень мучительное и тягостное, с громким ворчаньем, которое ее немало стесняет в гостях. Вообще она делает иногда невероятные усилия, чтобы пересилить себя, но все же преодолеть позывы часто не в состоянии никакими средствами. Заслуживает внимания, что у больной даже пение, особенно церковное, а также музыка, преимущественно высокие ноты, возбуждая нервное состояние, вызывают вместе с тем и вздутие кишечника. В обыкновенное же время действие желудка

бывает нормальное.

Самые разнообразные меры, применяемые против болезненного состояния, оказались безуспешными. Некоторую пользу больная видела лишь от капель опия в период расстройства кишечника. Но на развитие позывов в гостях или в общественных местах это почти не имело влияния. Скорее в этом смысле оказывали некоторое влияние приемы спиртных напитков. Но вино ей помогает лишь на час или два, а затем она чувствовала от него лишь усталость и слабость.

В общем же надо отметить, что больная, лечась в течение (О лет почти непрерывно, не получила заметного облегчения. Скорее е" стояние постепенно ухудшилось.

Объективно у больной обнаруживается дрожание век при их закрытии, некоторое повышение сухожильных рефлексов и небольшое искривление матки. В остальном никаких расстройств. Исследование испражнений на яйца глистов дало отрицательные результаты.

Больной П., молодой человек, происходит от истеричной матери и нервного отца. В прежнее время имел, по определению проф. Пастернацкого, катарр кишечника, от которого излечился. Со временем у него стали появляться схватки в кишечнике и позывы к жидкому испражнению при том или другом волнении. Однажды, готовясь в академию, он подумал, что это расстройство не даст возможности ему поступить. При одной этой мысли уже появляются схватки в животе, позыв к пище, за которым следует жидкое испражнение. Затем он стал опасаться, что подобное же с ним может стучаться при других условиях, особенно при неподходящей обстановке. И действительно, эта мысль стала его беспокоить при всевозможных не-обычных условиях. Так, когда он бывает в гостях, то у него уже задолго до того являются мысли со страхом за возможность неприятного положения. В гостях его сильно беспокоят газы, которые бродят в кишечнике, и его начинает все сильнее и сильнее тяготить мысль о газах, хотя больной все же с трудом может удерживаться. С объективной стороны ничего заслуживающего внимания.

Больная 23 лет, девица, имеет нервных отца и мать, сама обнаруживает общую нервность уже с 7 лет и с того же времени заикание; в детстве имела истерические конвульсии. Вместе с тем она имела всегда склонность к поносам. Лет 10—15, как начали обнаруживаться частые позывы и склонность к поносам при всяком волнении. Вследствие этого развилась настоящая боязнь кишечных расстройств в разных случаях, когда это признается неудобным. В театрах всякое вообще волнение, будет ли это радость или страх, вызывает тотчас же позывы, и она

должна выходить для пользования клозетом. То же самое случается и в гостях. При обычных условиях, когда больная не испытывает волнения, у нее не бывает и частых позывов. Если она удерживается от позывов во время волнения, то у нее наступает вздутие живота «и такое ворчание, которое слышно в другой комнате».

При объективном исследовании, кроме небольшого повышения коленных сухожильных рефлексов, не открывается каких-либо особых явлений со стороны функций нервной системы.

Больной Б., 36 лет, женат, управляющий нефтепромышленной фирмы, происходит от нервной матери, страдающей ревматизмом и ожирением сердца. Отец умер от болезни сердца. Другие родственники в нервном и душевном отношении здоровы. Больной развивался правильно. Сифилиса не имел, имел лишь умеренный онанизм. Около 10—14 лет жалуется на сильную бессонницу, причем поводом к пробуждению обыкновенно является позыв к мочеиспусканию. Издавна больной страдает плохим пищеварением, отрыжками после приема пищи и поносами, являющимися на смену запоров. Еще раньше появления бессонницы, лет 15—16 тому назад, без всякой видимой причины у больного начались расстройства кишечника и склонность к частому мочеиспусканию, особенно когда он озябнет. Летами же обыкновенно больной чувствовал себя хорошо. Затем начались позывы к мочеиспусканию и испражнению при всяком волнении. Особенно же мучают больного позывы при такой обстановке, когда выполнение самого акта становится неудобным, например в зрительном зале театра, в незнакомом обществе и т. п. По заявлению больного, при голоде эти позывы вообще его беспокоят сильнее, нежели при сытом состоянии. Больной уже вперед мучается мыслями о возможном появлении позывов в обществе и, когда они действительно наступают, то при неудовлетворении потребности дело доходит до похолодания конечностей и дрожания рук. Из объективных симптомов можно отметить некоторое повышение коленных рефлексов; пульс 78 в 1 минуту; умеренный дермографизм.

В остальном ничего патологического ни со стороны чувствительности, ни со стороны органов чувств, ни со стороны движения, ни со стороны recti и мочеполовых органов, кроме вышеуказанного расстройства.

Я не увеличиваю числа наблюдений только потому, что не все случаи, относящиеся к амбулаторным больным, записаны так подробно, как предыдущие.

Если подвести теперь итог вышеприведенным и другим наблюдениям относительно того своеобразного расстройства,

которое мы можем назвать «навязчивыми кишечными кризами», то мы убедимся, что почти во всех случаях дело идет о больных, происходящих из невропатической или психопатической семьи. Второе обстоятельство, которое в этом случае, невидимому, не лишено известного значения, заключается в том, что все или почти все больные издавна страдают неправильностями в отправлениях кишечного канала, основанными, по крайней мере в некоторых случаях, на бывших ранее поражениях желудочно-кишечного канала, особенно толстых кишок.

Как выражение установившейся связи между нервным состоянием и расстройствами кишечника у больных обнаруживаются кишечные расстройства при каждом душевном волнении. Этим волнением, возбуждающим кишечные расстройства, собственно и дается почва для частых позывов к испражнению, которые развиваются у больных при тех условиях, когда выполнение отправления кишечника представляется по внешним обстоятельствам неудобным или даже неисполнимым. Боязнь кишечных расстройств, неправильно называемая некоторыми «клозето-боязнью», обыкновенно является на почве вышеуказанных состояний, когда одна мысль о невозможности выйти из затруднительного положения при появлении позывов сопровождается волнением и приводит к появлению частых позывов. Эта мысль, как волнующая, становится навязчивой и начинает беспокоить больных уже вперед при одном предвидении неудобного положения в обществе от возможных позывов, когда является необходимость быть среди общества. Что касается «навязчивых пузырных кризов», то, как показывают наблюдения, они представляют собою расстройство, которое лишь в отдельных случаях наблюдается совместно с «навязчивыми кишечными кризами», чаще же представляют, как я убедился из других бывших в моем распоряжении наблюдений, самостоятельное нервное расстройство, аналогичное по своим особенностям и внешним проявлениям «навязчивым кишечным кризам». Часто и здесь дело шло о больных, которые, вследствие тех или других условий, приведших к раздражению шейки мочеиспускательного канала, страдали частыми позывами на мочу, и это обстоятельство, по-видимому, служило первоначальным поводом к развитию волнения в случаях появления позывов во время пребывания в обществе и к развитию навязчивой идеи и страха за возможность появления позывов на мочу в гостях или в собрании.

Оба вышеуказанные расстройства, хотя и наблюдаются у невропатических субъектов и могут развиваться у настоящих неврастеников, но прямой зависимости от неврастения не имеют, так как могут наблюдаться и при отсутствии ясно выраженной неврастения.

Что касается лечения, то в моих случаях оказывало пользу и давало благоприятный результат комбинированное лечение психотерапией и физическими методами. Из последних больным назначались успокаивающие нервную систему средства вместе с применением опиатов. Удачной комбинацией для этой цели оказалось применение бромов с кодеином в достаточных приемах и эфирная валериана с каплями строфанта или других сердечных, действующих успокоительно на приступы сердцебиения, развивавшегося при волнениях.

Наряду с этим небесполезными как успокаивающие нервную систему оказались тепловатые ванны.

Но существенную часть лечения в моих случаях составляла психотерапия в виде систематически проводимых внушений. Значение психотерапии может быть прослежено, между прочим, на первом наиболее тяжелом случае, окончившемся, благодаря внушению, полным выздоровлением.

Когда эта больная обратилась ко мне за советом, она просила лишь облегчить ее состояние в какой-либо мере, не надеясь ничуть на полное выздоровление. Ей было назначено по обыкновению комбинированное физическое и психическое лечение. С этой целью для успокоения нервной системы ей предложено принимать смесь из брома с кодеином, валерианой и строфантом, тепловатые ванны и вместе с тем предложено лечиться внушением. К последнему больная обратилась лишь несколько времени спустя, когда убедилась, что вышеуказанная физическая успокоительная терапия, успокоив нервы и ослабив временами появлявшиеся кишечные расстройства, не дала существенных результатов по отношению к основному поражению, выражающемуся навязчивыми кризами. Для устранения последних производились внушения, которые могли быть осуществлены в состоянии легкого сна. После первого же сеанса больная почувствовала улучшение, так как после него могла быть в театре и в гостях, забывая совершенно о своем недуге.

После ряда внушений состояние здоровья настолько улучшилось, что больная могла совершенно свободно быть в гостях или в собраниях до ночи без всяких намеков на прежние кишечные кризы; лишь перед отъездом в гости или в собрание она должна была раз или два для своего успокоения побывать в клозете, что ее нисколько не тяготило.

При дальнейших внушениях и этот остаток болезни исчез, и больная признала себя выздоровевшей от своего недуга.

**О РАССТРОЙСТВАХ В СФЕРЕ
ЧУВСТВЕННОГО ВОСПРИЯТИЯ У**

**Избранные
труды**
В. М. Бехтерев

ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ

Психические расстройства, приводящие к понижению или обострению чувственного восприятия или к возникновению самостоятельных ощущений элементарного характера в виде болей и других каких-либо ненормальных ощущений, без сомнения, не остаются без значения в общем симптомокомплексе душевных расстройств. Но во многих отношениях они еще не могут считаться хорошо изученными, вследствие чего я и полагаю возможным остановиться на них в настоящей работе.

Рассматриваемые явления в известном смысле напоминают собою физические изменения чувствительности или обыкновенные анестезии, гиперестезии и невралгии, но в отношении своего патогенеза отличаются от них тем, что они вызываются у душевнобольных не какими-либо нарушениями в проводящей деятельности нервной системы, а обуславливаются психическим состоянием больных, являются, таким образом, психически обусловленными расстройствами ощущения и потому в отличие от первых могут быть названы психическими анестезиями, психическими гиперестезиями и психическими алгиями или короче психоанестезиями, психогиперестезиями и психоалгиями.

Психоанестезии выражаются более или менее ясным ослаблением чувственного восприятия и могут наблюдаться как в сфере общей чувствительности, так и в сфере органов чувств. Они обуславливаются либо общим понижением сознания у душевнобольных, либо отвлечением их внимания болезненными явлениями. Прототипом первых в нормальном состоянии является то ослабление чувственного восприятия, которое наблюдается у здоровых людей во время дремоты или сна, прототипом второго — то ослабление чувственного восприятия, которое мы наблюдаем у всех здоровых лиц при отвлечении внимания. Известно, что при серьезном умственном труде заглушаются даже такие тягостные ощущения, как зубные боли; равным образом в пылу сражения или общей свалки люди не замечают полученной ими раны.

Совершенно подобные же явления наблюдаются нередко и у душевнобольных. Таким образом, при сноподобных психических состояниях, которые мы наблюдаем, например, при *amentia Meunerti* и при некоторых эпилептических формах помешательства, чувственное восприятие оказывается ясно пониженным, благодаря чему внешние раздражения кожной поверхности и впечатления, действующие на органы чувств, не воспринимаются с той отчетливостью, как это бывает в нормальном состоянии.

В этом нетрудно убедиться при непосредственном наблюдении больных и при испытании их кожной чувствительности; наконец,

и сами больные при улучшении их состояния говорят о более или менее общем притуплении сферы чувственного восприятия.

С другой стороны, когда больные заняты своим бредом, когда их внимание отвлечено теми или другими идеями, то естественно, что под влиянием этого чувственное восприятие ослабевает и обнаруживается более или менее ясно выраженная психоанестезия. Наивысшей степени это состояние достигает во время экстаза при религиозном возбуждении, но его можно наблюдать и при таких состояниях, когда внимание больных отвлечено обильными слуховыми, зрительными или иными галлюцинациями.

В некоторых случаях эти психоанестезии приобретают систематический характер, обнаруживаясь в отношении одного какого-либо рода ощущений.

Так, иногда мы имеем психоанестезии в сфере общею чувства, наблюдаемые, между прочим, нередко при истерии, хотя они встречаются и при других, особенно при органических психозах. Больные такого рода иногда сами жалуются на пустоту в голове, на то, что они не чувствуют своей головы, своего тела, своих внутренностей и т. п., несмотря на то, что специальное исследование кожной чувствительности и чувствительности глубоких частей тела не обнаруживает в этом отношении никаких существенных изменений.

Само собой разумеется, что такого рода психоанестезии в известных случаях приводят к развитию своеобразного бреда об отсутствии внутренностей, о наступлении смерти и т. п.

Нижеприводимый случай кататонии представляет один из классических примеров резко выраженной психической анестезии в сфере общего чувства.

Больная — дочь купца, девица 20 лет, происходит из здоровой семьи. Ни тяжелых нервных, ни душевных заболеваний среди ближайших родных нет. Отец 60-летний здоровый старик. Мать 50 лет; иногда страдает сильными сердцебиениями. Дед со стороны матери 90-летний здоровый старик. Бабка со стороны матери, 88 лет, здоровая женщина. Дед и бабка со стороны отца умерли в преклонном возрасте от неизвестных причин. Больная седьмой ребенок, самая младшая. Имеет двух братьев вполне здоровых и четырех сестер, из которых одна, самая старшая, очень нервная, впечатлительная особа. Дети братьев и сестер вполне здоровы.

До первого года жизни больная была вполне здорова. На втором году у больной сделался язвенный процесс на голени правой ноги. Нога болела около 2 лет. Сделали две операции.

Вследствие этой болезни больная всю жизнь хромота. Хромота заставляла больную избегать общества, так как она боялась показаться смешной. Она была всегда почти грустна и раздражительна. До 16 лет ничем другим не хворала. С 17-летнего возраста стала страдать малокровием и сильными сердцебиениями. Года 2 тому назад стала страдать глазами: сначала заболел притом правый глаз, затем левый. Глазная болезнь тянулась хронически с частыми обострениями, сопровождаясь сильными болями. Последнее обострение глазной болезни было весной 1901 г. Больная стала высказывать опасение ослепнуть. В мае месяце настоящего года приехала из Киева в С. — Петербург для совета с глазными врачами. Около этого же времени обострилось и ее нервное заболевание. Обнаружилась сильная слабость, появилась частая рвота, подкатывание шара к горлу. Лечилась подкожными впрыскиваниями мышьяка. В начале июня появилась упорная бессонница, больная стала тосковать, беспокоиться, высказывать идеи, что она не чувствует своей головы, у нее нет рта, она не чувствует, сыта ли она. За самое последнее время болезнь ухудшилась. У больной появились мысли, что она уже умерла.

Больная роста ниже среднего, плохого питания. Наружные покровы лица землисто-бледного цвета. Видимые слизистые оболочки слегка анемичны за исключением конъюнктивы обоих глаз, которая представляет резкие явления гиперемии. Мышцы развиты умеренно. Костная система развита правильно, за исключением правой большой берцовой кости, которая представляется неровной и несколько болезненной при ощупывании. На наружной поверхности правой голени линейный рубец от бывшей секвестротомии. Лицо без асимметрии. Левый зрачок уже вследствие задних синехий. Следы бывшего ирита в обоих глазах. Реакция зрачков на свет в правом глазу хорошая, в левом несколько ослаблена. Подвижность глазных яблок нормальная. Коленные рефлексы слегка повышены, причем левый несколько сильнее правого. Сухожильные рефлексы на верхних конечностях выражены ясно, равномерны с обеих сторон. Глоточный рефлекс и справа, и слева сохранен. Болевая чувствительность без изменений. Мышечная сила ослаблена. Походка с прихрамыванием на правую ногу. Тоны сердца чисты. Пульс 76 ударов в одну минуту, правильный, умеренного напряжения. Живот втянут, стенки его вялы. Упорный запор. В моче ни белка, ни сахара нет.

На лице больной написано тоскливое беспокойство; она беспрестанно как бы с испугом озирается по сторонам. Все время сидит на постели и держит свою голову левой рукой за подбородок. Плаксивым голосом умоляет врача помочь ей и непременно тотчас же, просит сказать ей, излечима ли ее болезнь, умоляет спасти ее, так как ей грозит гибель. Всецело поглощена своими идеями, плохо воспринимает вопросы, не

относящиеся к сфере ее бреда; она на них или не отвечает вовсе, или, начав отвечать, прерывает просьбами помочь, спасти и т. д. Больная утверждает, что ей кажется, что у нее нет головы, нет рук, нет ног, что в середине ее нет ничего. По временам она говорит, что голова у нее отделена от сердца, «заверчена болезнью назад» и совершенно очумела. В ней нет мыслей, нет памяти, нет желаний, радостей, горя и пр. Больная говорит, что она не может ходить, не может лежать, не может сидеть, в то же время по просьбе врача тотчас встает, ходит и т. д. Мучительно сознает невозможность что бы то ни было сделать, что-нибудь пожелать. Утверждает, что не может есть, что не чувствует голода, не чувствует пищи. При побуждении же к еде, при кормлении кушает достаточно. Уверяет, что не спит вовсе. Ей кажется, что она сильно похудела, что остались только кости, что и костей она уже не чувствует, что с каждым днем ее состояние ухудшается, что она неизлечима. Думает, что настоящая болезнь ее произошла оттого, что ее лечили от глазной болезни ртутными втираниями. Больная постоянно держит себя за голову, чтобы убедиться, что голова у нее есть, но этого мало, и больной все-таки кажется, что головы у нее нет, что она ее не чувствует. Больная утверждает, что из всего ее организма только и действует ее язык. Она думает «с помощью языка», боится «с помощью языка», желает, понимает «языком» и т. д. Когда же она перестает говорить, то она перестает быть живой, становится, «как покойница».

При испытании и расспросах выясняется, что чувствительность (осязательная, болевая, мышечная и пр.) у больной вполне сохранена. Она сама заявляет, что чувствует свое тело и голову, когда прикасается к ним своей рукой, и тем не менее ей кажется, что ни головы, ни туловища у нее нет, что она их не чувствует, хотя и убеждена, что они все же существуют. Давление на внутренности в животе также больная ощущает, но тем не менее сама она их не чувствует. С руками то же самое: больной кажется, что их нет, тогда как на самом деле и кожная, и глубокая чувствительность их (мышц, костей, связок) вполне сохранена, и она убеждена, что руки у нее есть, она думает, однако, что они сделались у нее легкими и потому она не испытывает их тяжесть, производя на глазах всех махательные движения рук.

Относительно приема пищи больная также утверждает, что она не чувствует, что она ест, не чувствует, что насыщается и т. п. Она не чувствует горя и радости, когда же обращают ее внимание на то, что она охает или стонет, то она говорит, что это «языком только».

Что касается постоянного держания рукой своей головы за подбородок, то больная говорит, что, хотя это и не дает ей ощущения головы, но она по крайней мере знает, где находится

ее голова. Со временем у больной развилось неподвижное, периодами даже каталептоидное состояние, с мыслями о том, что она умерла, иногда сопровождаемое полной немотой с отказом от пищи. Спустя несколько недель больная снова выходит из своего неподвижного состояния, обнаруживая постепенное улучшение своего состояния. Таким образом, в данную пору развития болезни мы, несомненно, имеем у больной анестезию в сфере общего чувства, но не физическую, как показывает соответствующее исследование, а психическую.

Само собой разумеется, что такого рода анестезия может приводить, как это и наблюдается у нашей больной, к бредовым идеям соответственного характера, т. е. к бреду об отсутствии внутренностей, к бреду о наступлении смерти и т. п. Интересно отметить, что, наряду с психической анестезией, у нашей больной имелась и психическая анестезия душевного чувства. Несмотря на то, что больная, видимо, страдает, выражая свои страдания охами, стонами, мимикой и просьбами о помощи, она тем не менее утверждает, что она не чувствует и не способна чувствовать ни горя, ни радости, а если она и заявляет просьбы о помощи, то это только языком. Как известно, нечто подобное наблюдается иногда и при тяжелых формах меланхолии.

Что касается противоположного состояния — психической гиперестезии, то в противоположность психическим анестезиям она обуславливается или общим обострением всех психических процессов и повышением их яркости, или же специальным сосредоточением внимания на тех или других впечатлениях. Такие гиперестезии наблюдаются в сфере кожной чувствительности и органов чувств при маниакальном возбуждении, а равно и при всех состояниях психического возбуждения, обуславливаясь здесь главным образом обострением психических процессов.

При первичном сумасшествии, благодаря систематическому бреду и галлюцинациям, обыкновенно наблюдаются психические гиперестезии под влиянием сосредоточенного внимания на определенном круге идей, являющихся, следовательно, систематическими.

Примером таких систематических психических гиперестезии может служить один бывший под нашим наблюдением офицер, получивший контузию в прошлую русско-турецкую войну и с тех пор страдавший травматическим неврозом с психическим расстройством. Он не переносил слова «кровь» и обнаруживал резкую гиперестезию по отношению ко всему красному. При слове «кровь» и при виде чего-либо красного он приходил в страшное волнение и с ним развивались настоящие судороги. Психические гиперестезии в сфере общего чувства также нередки у душевнобольных и выражаются чувством общей

разбитости, обострением чувства голода и чувства сытости и т. п. Но особенное значение получают психические гиперестезии, как известно, при ипохондрических состояниях и при ипохондрическом сумасшествии, при которых ощущения от внутренних органов, в нормальном состоянии неясно сознаваемые, не только хорошо сознаются больными, но и становятся тягостными для них.

Нельзя, конечно, отрицать, что при этих состояниях нередко причиной гиперестезии внутренних органов служат те или другие поражения этих органов (желудочно-кишечный катарр, застои в области воротной вены и т. п.) и, следовательно, здесь может идти дело в известной мере о физической гиперестезии. Но, несомненно, также, что, наряду с такой физической или проводниковой гиперестезией, при этих состояниях наблюдается и психическая гиперестезия в сфере общего чувства, так как достаточно бывает такого рода больным направить внимание на свои внутренние органы, чтобы уже испытывать в них те или другие ощущения. Развитие бреда на основании этих психических гиперестезии в виде гниения или разложения внутренностей — факт слишком общеизвестный, чтобы на нем останавливаться.

Возникает, конечно, существенный вопрос, как отличать психические анестезии и гиперестезии от анестезий и гиперестезии физических или проводниковых. Насколько позволяет мне судить в этом отношении мой собственный опыт, важными отличительными признаками первых от последних служит отсутствие каких-либо указаний на нарушение проводимости нервной ткани, обуславливающее проводниковую или физическую анестезию или гиперестезию, с другой стороны, их общий или систематический характер и, наконец, зависимость их от состояний психической сферы, благодаря чему они колеблются в своей интенсивности вместе с переменами психического состояния.

Кроме психических анестезий и психических гиперестезии необходимо иметь в виду у душевнобольных еще разного рода болезненные ощущения психического происхождения, которые могут быть названы психическими алгиями или психоалгиями. Эти болезненные ощущения состоят в болевых и иных ощущениях в тех или других частях тела и во внутренних органах у душевнобольных, которые, находясь обыкновенно в тесном соотношении с психическим состоянием последних, отличаются большей частью блуждающим характером. Очень интересно, что у галлюцинирующих больных, как, например, при хроническом галлюцинаторном сумасшествии, эти психоалгии нередко вступают в теснейшее соотношение с слуховыми и иными галлюцинациями, возбуждаясь ими как бы по внушению и, с другой стороны, вызывая вслед за собой галлюцинации как

явление последовательное. Особенно типичные примеры разного рода психоалгии представляют больные, страдающие хроническим галлюцинаторным сумасшествием алкогольного происхождения. Так, один из моих больных такого рода, помещавшийся в Казанской окружной лечебнице еще в бытность мою профессором в Казани и страдавший постоянными и обильными слуховыми галлюцинациями, подвергался самым разнообразным психоалгическим ощущениям в виде уколов как бы шилом, жжений и пр. в тех или других частях тела.

Обычно психоалгические ощущения у этого больного сочетались с слуховыми галлюцинациями в виде слов: «клизмуем ревматизм!», так что каждый раз, когда больной испытывал то или другое болезненное ощущение в определенной части тела, он тотчас же слышал от своих голосов заявление: «клизмуем ревматизм!», что, по его словам, обозначало, что эти уколы и жжения дело рук тех лиц, голоса которых больной слышал. Надо заметить, что у этого больного сфера чувствительности и движения не представляла никаких вообще объективных изменений и равным образом внутренние органы были здоровы.

У другой больной, страдающей хроническим галлюцинаторным помешательством с обильными слуховыми галлюцинациями и помещавшейся некоторое время в больнице св. Николая чудотворца, сложился бред, что врачи этой больницы во главе с главным доктором производят путем спиритизма разные непотребства и мучения или пытки над больными. Этот бред укрепился у больной под влиянием соответствующих слуховых галлюцинаций (слышание голосов врачей этой больницы), которые поразительным образом сочетаются у нее с разного рода психоалгическими ощущениями в наружных и внутренних частях тела. Больная сама подробно записывает свои ощущения и галлюцинаторные явления, вследствие чего лучшей характеристикой ее состояния могут служить хотя бы краткие выдержки из ее записок, представляющих большое количество тетрадей, которые больная мне предоставила в надежде, что я ее избавлю от назойливых обидчиков.

От невралгических болей психоалгические ощущения отличаются тем, что они представляются чрезвычайно распространенными, тем, что часто поражают большим разнообразием в отношении своего характера и в то же время большой изменчивостью, тем, что находятся в прямой зависимости от психического состояния больных и, наконец, тем тесным соотношением с болезненными расстройствами сознания в виде галлюцинаций, с которыми мы познакомились выше.

***О ГАЛЛЮЦИНАТОРНОМ ПСИХОЗЕ,
РАЗВИВАЮЩЕМСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ***

***Избранные
труды
В. М. Бехтерева***

ОРГАНА СЛУХА

Уже давно известно, что поражения органов чувств приводят к развитию психических расстройств. Особенно благоприятную почву для развития таких расстройств представляют поражения органа слуха.

Имеется также целый ряд литературных указаний и на появление психических расстройств вследствие поражения органа зрения. Наконец, и поражения других органов чувств в известных случаях могут служить источником психических расстройств. Довольно нередки, например, по моим наблюдениям, случаи психических расстройств, развитие которых первоначально обуславливается поражением органа обоняния.

Что касается характера психического заболевания, обуславливаемого поражением органов чувств, то, судя по имеющимся в этом отношении литературным указаниям, здесь могут наблюдаться весьма разнообразные психические расстройства. Из них особенным разнообразием отличаются те психические расстройства, которые являются последствием поражения органа слуха.

Но из всех психических расстройств, развивающихся под влиянием поражения органов чувств, в клиническом отношении может быть выделена форма психоза, характеризующаяся главным образом более или менее стойкими обманами чувств преимущественно в области пораженного органа с вторичным развитием более или менее ограниченных идей бреда или даже при совершенном отсутствии последнего.

Таким образом, например, при хроническом поражении органа обоняния, психоз начинается обонятельными иллюзиями и галлюцинациями, к которым с течением времени присоединяются, по крайней мере эпизодически, и другие обманы чувств с характером большей частью иллюзий, что приводит обыкновенно к развитию идей бреда об издавании больным запаха (через задний проход, от мошонки, через рот и т. п.), который слышится будто бы также и другими, вследствие чего все от больного отворачиваются и т. п.. Подробнее об этой форме психоза мы скажем в другом месте; теперь же займемся лишь теми случаями, которые иллюстрируют развитие галлюцинаторного психоза при поражении органа слуха.

Надо заметить, что уже и в существующей литературе мы имеем несколько наблюдений с развитием обманов чувств в прямой зависимости от поражения органа слуха.

Так, например, Режи сообщает о больном, страдавшем правосторонними галлюцинациями с идеями преследования,

зависевшими от гнойного отита правого уха. С другой стороны, Балль сообщает о больном, страдавшем гнойным катарром среднего уха с левой стороны, вследствие которого вместе с субъективными шумами в ухе развились также слуховые галлюцинации. Вилиус передает два случая, в которых развитие галлюцинаций должно быть поставлено в прямую связь с поражением органа слуха. В одном случае существовала otitis media hyperemica с обеих сторон, но справа выраженная резче, нежели слева. Вначале у больного с некоторым наследственным отягчением появился ушной шум, а затем и слуховые галлюцинации главным образом справа с последующим развитием бреда преследования. Местная терапия привела к благоприятному исходу заболевания. В другом случае у больного с местным отягчением развилось хроническое галлюцинаторное помешательство на почве существовавшей с детства otitis media purulenta duplex. Имеется затем целый ряд других наблюдений, например, Мабия, Бюшерона, Шмигелова, Коццолино, Ланнуа, Балле, Заухона, Серпилли, Белякова и др., в которых связь психических расстройств с поражением органа слуха представляется установленной с большей или меньшей точностью. Но при этом поражение органа слуха являлось этиологическим моментом хорошо установленных и притом весьма разнообразных психических расстройств, выражающихся в одних случаях психическим угнетением, в других — маниакальным возбуждением и даже явлениями, свойственными прогрессирующему параличу помешанных.

Что касается вышеуказанной формы психоза, развивающегося под влиянием поражения органа слуха и характеризующегося обильными слуховыми обманами чувств с последующим большей частью эпизодическим развитием обманов чувств и в других органах, то больные этого рода часто сохраняют критическое отношение к своим галлюцинациям, в других же случаях высказывают на основании их бредовые идеи, объясняя происхождение своих галлюцинаций теми или другими посторонними влияниями.

Этот психоз, развивающийся большей частью у лиц, более или менее предрасположенных при поражении органа слуха, сопровождающемся теми или другими субъективными ощущениями, открывается иллюзиями и галлюцинациями в органе слуха обыкновенно неприятного для больного характера, причем обманы чувств в этом случае редко развиваются исподволь, чаще более или менее быстро, иногда даже сразу вместе с появлением или усилением субъективных шумов в ушах и держатся крайне упорно в течение продолжительного времени. Часто, наряду с неприятными галлюцинациями, проявляются безразличные по содержанию обманы чувств, а иногда и приятные; последние в отдельных случаях могут даже преобладать. Почти всегда галлюцинации усиливаются при

обострении болезненного процесса в органе чувств, сопровождающемся усилением и других субъективных ощущений, в другое время они более или менее значительно ослабевают. В отдельных случаях наблюдается даже совершенное прекращение галлюцинаций на известное время, что можно объяснить лишь улучшением болезненного процесса в органе слуха, но обычно, спустя то или другое время, слуховые галлюцинации снова появляются с большим или меньшим ожесточением. Нередко, кроме того, встречается одностороннее преобладание галлюцинации.

Само собой разумеется, что больной вначале чувствует себя крайне смущенным появившимися обманами чувств и нередко приходит от них даже в ужас, проводя в волнении дни и ночи. Иногда он проявляет те или другие действия и поступки, руководимые обманами чувств, вступает в разговор с своими галлюцинаторными образами, бранится с ними, плюет на них, вообще обращается с ними, как с реальными существами, но затем, постепенно привыкая к последним, до некоторой степени оправляется от первоначального переполоха и овладевает собой в такой степени, что может заниматься своим делом, хотя мысли о причине новых явлениях его не покидают. Начинается долгая продолжительная борьба между здравым рассудком, говорящим о невозможности реального существования явлений, соответствующих обманам чувств, и этими последними. В минуты появления обманов чувств больной, по крайней мере вначале, часто сам поддается мысли об их реальном существовании, дает ответы своим голосам и в свою очередь спрашивает их о том или другом, дабы выяснить для себя характер новых явлений. Как упомянуто, больной даже обнаруживает действия и поступки или делает заявление сообразно тем обманам чувств, которым он подвергается; но проходит некоторое время, обманы чувств ослабевают, и больной вновь начинает сомневаться в реальности своих обманов чувств. В этих колебаниях проходят недели и даже месяцы. Конечно, многое тут зависит от силы и характера самих галлюцинаций, степени интеллекта больного и, наконец, от большего или меньшего предрасположения его к душевным заболеваниям. Но обычно, если обманы чувств более или менее обильны и оживлены, к ним со временем присоединяются обманы чувств и в других органах, хотя бы эпизодическим образом; больные в конце концов поддаются своим обманам чувств и начинают так или иначе объяснять их происхождение, т. е. начинают давать ложное толкование своим галлюцинациям. Таким образом, дело доходит уже и до развития бредовых идей.

Но этот бред, большей частью основанный почти исключительно на обманах чувств, по крайней мере вначале, представляется несложным, однообразным и часто состоит в принятии реального существования галлюцинаторных образов и

объяснения их происхождения и отношения к больному. При всем том этот бред, развивающийся большей частью не вдруг, а после долгой борьбы со стороны больного, не обнаруживает обыкновенно никакой склонности к прогрессированию и нередко даже в течение долгого времени представляется непрочным фиксированным, вследствие чего больные легко от него отказываются и даже поддаются убеждению в мнимости их галлюцинаторных образов, хотя большей частью только на время. В других случаях больные твердо убеждены, что они страдают галлюцинациями и признают их за болезненные явления, но в происхождении своих галлюцинаций обвиняют те или другие из посторонних влияний.

Упрочению и развитию бредовых идей способствует, конечно, всякое обострение обманов чувств, но особенную убедительность в глазах больных, как уже упомянуто, приобретает хотя бы временное появление обманов чувств в других органах, например, в органе зрения или обоняния. В этом случае большей частью дело идет об иллюзиях и галлюцинациях, развивающихся вторичным, т. е. психологическим, путем как прямое следствие обманов чувств со стороны первично пораженного органа или же на основании сложившихся предубеждений и тех или других бредовых идей. Во всяком случае эти обманы чувств в других органах играют лишь подчиненную роль в развитии психоза. В конце концов у больных развивается бред о влиянии на них посторонних лиц при посредстве телефонов, электричества, телепатической передачи мыслей и слуховых ощущений и т. п.

Этот бред при условии, если поражение слухового органа не излечивается и обманы чувств не исчезают, продолжается обыкновенно в течение многих лет, иногда без всяких перемен, в других же случаях при осложнении болезненного процесса он со временем подвергается дальнейшему развитию. Исхода в слабоумие даже и по истечении многих лет я не видал ни в одном из своих наблюдений. Что касается выздоровления, то оно часто стоит в прямой зависимости от возможности устранить или улучшить основное поражение слухового органа, в противном случае болезнь тянется целыми годами, часто без всякой склонности к дальнейшему развитию бредовых идей. Как упомянуто ранее, довольно нередко обманы чувств обостряются вместе с появляющимся в ушах шумом и шипением и даже слышатся в последнем; кроме того, в отдельных случаях наблюдаются даже односторонние обманы слуха, но в общем ход развития болезненных явлений мало изменяется от этих особенностей отдельных наблюдений. В отношении течения и ассоциаций идей, интеллекта и памяти у больных обыкновенно нельзя отметить ничего существенного. Настроение также не страдает первичным образом, вторичные же изменения его, вследствие обманов чувств, возможны и наблюдаются нередко

по крайней мере в начале заболевания.

С физической стороны у больных находят обыкновенно указания на хроническое поражение органа слуха и более или менее заметное нарушение его функции, которое при тщательном исследовании вряд ли может ускользнуть от наблюдения; но в остальном почти никаких других явлений у больных открыть не удается. Что касается этиологии и патогенеза заболевания, то непосредственным поводом к его развитию служит всегда поражение органа слуха, чаще всего катарр среднего уха и евстахиевой трубы; при этом дело идет о поражении с характером воспалительного процесса, которое служит источником раздражения, приводящим к развитию субъективных слуховых явлений, за которыми обыкновенно уже и следуют обманы чувств.

Что касается неблагоприятной наследственности, то, по-видимому, она не может не играть известной роли в развитии психоза как предрасполагающий момент, но в иных случаях не отмечается никаких в этом отношении указаний и дело, вероятно, ограничивается личным предрасположением, выражающимся особой возбудимостью нервной системы, благодаря чему периферическое раздражение со стороны органа слуха поднимает возбудимость центров до появления в них болезненной реакции, выражающейся развитием иллюзий и галлюцинаций.

Представляя совершенно своеобразные особенности в клинических проявлениях и течении, рассматриваемый психоз, по моему мнению, не может быть смешиваем ни с одним из общепризнанных психических заболеваний. От так называемой галлюцинаторной спутанности этот психоз отличается тем, что обманы чувств первоначально развиваются в одном из органов чувств и лишь исподволь присоединяются затем, и то большей частью эпизодические, обманы чувств и со стороны других органов; при этом никакой спутанности в сознании и никакого вообще расстройства в сочетании идей не обнаруживается. Самое течение психоза, а равно и развитие бредовых идей в том и другом случае совершенно иное. От хронического первичного сумасшествия рассматриваемый психоз отличается присутствием поражения органа чувств, обуславливающего заболевание, первичным развитием обманов чувств преимущественно с характером галлюцинаций и сосредоточением последних главным образом в одном из органов чувств, присутствием сознания своего болезненного состояния, часто даже критическим отношением к своим галлюцинациям, однообразием и относительной несложностью бреда, если он вообще имеется, бреда, стоящего вообще в прямой связи с упорством и стойкостью галлюцинаторных явлений, отсутствием первичных бредовых идей и отсутствием

склонности к его прогрессивному развитию. Рассматриваемый психоз скорее всего может быть смешиваем по клиническим проявлениям с бредом преследования пьяниц (Нассе) или с чувственным бредом пьяниц (Крафт-Эбинг). В последнем, однако, галлюцинации хотя и обнаруживаются преимущественно в органе слуха, но большей частью проявляются одновременно и в других органах чувств и притом уже в самом начале болезни, приводя нередко к развитию сильнейшей реактивной тоски, при этом характер обманов чувств здесь принимает нередко крайне циническое содержание; вместе с тем идеи бреда здесь развиваются сравнительно быстро, большей частью с характером идей преследования, причем вместе с идеями преследования нередко появляются у больных и идеи величия или же идеи религиозного содержания. Кроме всего прочего, здесь имеются налицо характеристичные физические расстройства, свойственные хроническому алкоголизму, и соответствующий этиологический момент, обыкновенно открываемый без труда. Все эти данные позволяют выделить одно заболевание от другого. При этом должно иметь в виду, что спиртные излишества, способствуя заболеванию среднего уха, в известных случаях могут служить предрасполагающим моментом и к развитию рассмотренного нами психоза. Поэтому этот психоз развивается нередко у лиц, которые хотя и не могут считаться настоящими алкоголиками, но временно в большей или меньшей степени пользовались спиртными напитками чем и нажили себе хронический катарр среднего уха и носоглоточного пространства. При всем том несколько эксквизитных случаев заболевания я наблюдал у лиц, которые никогда не употребляли ни капли вина.

Что касается предсказания, то, по крайней мере в начальном периоде болезни, оно стоит в прямой связи с возможностью излечить или улучшить основное поражение, а потому все внимание врача должно быть направлено на исправление существующего поражения органа слуха. К сожалению, это далеко не всегда возможно, так как обычно мы имеем здесь дело со старыми болезненными процессами, мало поддающимися излечению.

В заключение приведу для иллюстрации нижеследующие наблюдения. Других, относящихся сюда же наблюдений я не привожу, так как хотя они и не менее характеристичны, но не все из них отличаются должной полнотой, так как такого рода случаи по самому характеру заболевания чаще подвергаются амбулаторному наблюдению, нежели клиническому или больничному.

Наблюдение 1. Офицер Ш., около 40 лет. В семье нервных и душевных болезней не было. Сам больной с детства был нервным, но особыми тяжелыми недугами не болел. Спиртными

напитками никогда не злоупотреблял. Пьет только по рюмке за обедом и за ужином.

Около месяца тому назад после большого переутомления и бессонных ночей при шуме в ушах у него появились слуховые галлюцинации, которые сам больной описывает следующим образом:

«Я женат уже около 15 лет. Дети жены от первого брака жили почти все время (кроме настоящего 1902 г.) у наших родных, так как мне приходилось служить в городах, не имеющих подходящих учебных заведений.

В 1902 г., по переводе меня на службу в Минск, мы взяли детей к себе. Все время нашей совместной с детьми жены жизни все шло отлично без неприятностей.

Вследствие усиленных летних и осенних занятий нервы мои сильно расстроились и я иногда не мог заснуть, несмотря на физическое утомление, часов до 2—3 ночи. Числа 25—26 сентября с. г., в одну из бессонных ночей мне вначале послышался стук часов (будильника), но, прислушиваясь дальше, я к удивлению начал разбирать слова и фразы. Принял я эти слова за стук часов только вначале, когда темп произношения их подходил к стуку часов, но затем фразы стали произноситься более протяжно (с целью, вероятно, чтобы я мог уяснить себе смысл слов и фраз) и я услышал, что слова походили на звуки, производимые шуршанием о спичечную или картонную коробку. Я удивился этому и перестал обращать внимание и, кажется, заснул.

Днем ничего я еще не слышал. Дня через два перед сном я вновь услышал слова и фразы и усмехнулся их содержанию. Тогда я услышал вопрос: «Чему я смеюсь?». Я удивился и подумал, кто это мне говорит и почему он знает, что я засмеялся. На это я тоже получил ответ, что говорит мне это такая-то (падчерица), а что я смеялся — это она узнала, но как — не может и сама объяснить этого.

Ввиду того, что комната падчерицы отделяется от нашей спальни залой, столовой и комнатой пасынка, я невольно подумал, каким способом могу я слышать фразы на такое расстояние и с кем она переговаривается, но и на это я получил ответ, что разговоры ведутся ею с ее братом посредством шороха о коробку, а что мои мысли (так как я не знаю этого способа разговора) она узнает тоже, но не знает почему. Тогда, подумав о том, что падчерица моя была особа малокровная и нервная (от чего и лечилась раньше), я пришел к тому убеждению, что и я расстроил себе нервы так, что подошел к уровню ее нервной системы и наши нервные системы нашли точку соединения в

мысленном разговоре на расстоянии.

Заинтересовавшись этим и желая проверить, я стал мысленно задавать ей вопросы и, думая, что, может быть, задавая вопросы, я сам же составляю и воспроизвожу себе ответ на него, я стал задавать такие вопросы, ответов на которые я не мог бы составить себе сам, не зная ни обстановки, ни тех обстоятельств, при коих мог создаться ответ, и на эти вопросы Я получал верные ответы (так как я проверил их на деле, осторожно расспрашивая других лиц). Напротив того, на те вопросы, на которые я мог ответить, голос отзывался незнанием; слова мои (выражения технические и т. п.), которые я произносил скоро, голос перепутывал, а если и повторял, то медленно и раздельно. Начавшись с этого вечера, разговоры эта велись затем и днем, но изредка и по уходе моего или падчерицы из дома — прекращались. Вне дома я ничего не слышал, да и дома слышал вопросы только тогда, когда читал какую-либо книгу. В этом случае голос спрашивал значение некоторых слов, выражал одобрение или неудовольствие читаемому, иногда то, что мне было интересно, как специально военное, ему не нравилось, и наоборот, — одним словом голос всем стал интересоваться. Сначала это занимало меня (я даже разъяснял голосу требуемое им), но ввиду того, что это отвлекало меня от дела, мне стало надоедать и я просил оставить меня в покое. Голос вначале извинялся и обещал прекратить разговоры, но через некоторое время с легкомыслием женщины вмешивался вновь. Так было дня четыре, как днем, когда я был дома, так и вечером. Но затем (я думаю потому, что все что я делаю, делаю осмысленно, т. е. беря, например, какую-либо вещь, я в то же время и соображаю, хотя и бессознательно, что я беру), я стал уже слышать голос, говорящий мне, что я делаю, или о чем думаю в настоящий момент, и меня начало уже тяготить сознание того, что я становлюсь уже не полным хозяином своих мыслей и своих действий и что все это становится достоянием и другого лица. Это меня и убивало, и раздражало в то же время. Я вначале просил прекратить это (я уже помирился с тем, что все это факт), а затем, раздражаясь, ругал. В конце концов и на меня посыпались ругательства. Вопросы чередовались, когда я не обращал на них должного внимания, с ругательствами по моему адресу. Раздражаясь день ото дня, я, наконец, не выдержал и, думая, что фразы я слышу шорохом по предмету (шорох был очень силен и назойлив для моих ушей), прошу жену послушать, что мне говорят. Жена вначале прислушивалась и сказала мне, что не слышит ни голоса, ни шороха; это меня еще больше удивило и в то же время я пал духом. Звуки после этого продолжались еще чаще и слышнее, ругательства усилились. Я просил оставить меня в покое, что я не желаю им зла и что нечестно пользоваться этим для ругательств и тому подобных мерзостей, но голос мне заявил, что оба они (т. е. пасынок и

падчерица) ненавидят меня и доймут.

Я решил обратиться к докторам и они нашли, что у меня развилось малокровие, болотная лихорадка и неврастения со слуховыми галлюцинациями. Успокоенный я вернулся домой, рассказал о мнении доктора и решил лечиться и не обращать внимания на донимающий меня голос. Сидя в этот вечер в зале за книгой, я вновь, услышал голос, но, следуя совету врача, не стал обращать внимания. Голос забеспокоился о том, что, кажется, доктор убедил меня в галлюцинации слуха. Повелись с кем-то вдвоем переговоры об этом (причем слово галлюцинация произносилось растяжимо). Затем голос стал убеждать меня, что доктор не прав, и Б доказательство того, что все это правда, а не галлюцинация, голос заявил, что пасынок сейчас пройдет через залу в переднюю, что и произошло тотчас же, а когда я не поверил и этому и счел это за случайное совпадение, то такое фактическое убеждение повторилось в этот же вечер и в другой раз. Я уж и не знал, что мне и думать обо все этом. Факты брали свое. Дня два я лечился, но голос и днем, и вечером донимал меня. Я просил и пасынка, и падчерицу сказать правду; я прощаю им, если они и ругали меня, не беда! Но мне нужно знать, правда это или же я сильно болен; просил сказать правду хоть не ради меня самого, а ради матери их, которую все происходящее со мной убивает. Но они говорили мне, что я, вероятно, сильно болен и что они не только меня не ругали, но что и не за что меня им ругать. Их лица были спокойны и только выражали любопытство. Я сбился совсем с толку и просил простить меня за беспокойство.

Но лежа в этот вечер, я вновь слышу ругательства; я не обращаю внимания, а они мне говорят, что они никогда не признаются, так как боятся матери, меня же они дурачат и доймут. Решив проверить еще, я прошу жену поместить детей на время у знакомых. В тот вечер, когда они были у знакомых, я вначале не слышал ничего, но когда я решил исследовать, не происходит ли воображаемый мною голос от каких-либо других причин: от стука будильника (в кухне), шума вентилятора в столовой или другого какого-либо шума, происходящего вне дома и концентрирующегося в комнатах, для чего я решил пойти в комнату пасынка и прилечь на его кровать, то как только я подумал это сделать, как услышал отдаленный едва разборчивый голос, запрещающий мне делать это. Пройдя в столовую, я ясно услышал шум вентилятора и стук часов, но слышал в то же время и голос (очень слабо). Голос слышал я именно с той стороны, где находилась квартира знакомых. В этот же вечер я получил толчок в левое плечо, причем голос сказал мне, что мне нанесен удар в плечо, затем удар в голову. Удары были слабые, но удары в голову имели последствием слабый же звон в ушах. Тогда я и сам стал наносить мысленно удары и услышал просьбу не ударять так сильно, причем указывалось и

место удара. Дети жены были возвращены в дом, так как не имело смысла держать их особо.

Через несколько дней я узнал еще особую странность: мне казалось иногда, что я ем (мои челюсти проделывали процесс еды и я чувствовал даже нажим концами зубов на что-то твердое) и даже глотаю, хотя, глядя в зеркало, я видел свое лицо спокойным. Я недоумевал, но голос сообщал мне, что субъект, говорящий со мною, кушает яблоко. Это уже было днем.

Все эти вещи повторялись затем и днем; и голос, и удары я слышал сильнее, когда падчерица была ближе ко мне, и слабее, когда дальше, — расстояние ослабляло их.

Здесь, в Петербурге, и в дороге я не слышал и не слышу ни голоса, ни ударов. Во всем остальном я чувствую себя совершенно здоровым и память у меня довольно сильна».

В дополнение к сделанному описанию замечу, что больной, первоначально думавший, что дело идет о передаче мыслей на расстоянии, в настоящее время вполне убедился, что это галлюцинации, вследствие чего и пришел ко мне за советом.

С физической стороны ничего патологического; рефлексy в порядке, шума в ушах в настоящее время нет; исследование же, произведенное проф. Верховским, показало, что у больного имеется хронический насморк, хронический же катарр носоглоточного пространства и боковой двусторонний фарингит.

Наблюдение 2. Больная И. поступила в клинику 7 октября 1902 г. Ей 42 года, девица, рясофорная монахиня общежительного монастыря в Калужской губ. Наблюдение о ней составлено д-ром Певницким. Больная худоцава. Телосложение правильное. Внутренние органы без заметных уклонений от нормы. В ушах гиперемия молоточка и *cavi epitympanici*. Незначительное отклонение языка вправо. Болевая чувствительность несколько острее слева. Рефлексы со слизистых оболочек нормальны, сухожильные—повышены равномерно; сужения поля зрения нет. Кожные рефлексы повышены. На пальцах обеих ног вросшие ногти.

Больная из духовного звания. Через год после ее рождения отец ее умер от скоротечной чахотки, а мать умерла позже, на 41 году жизни. Брат отца после неудачного романа был душевнобольной, но исхода его болезни больная не знает. Брат матери — протоиерей, много пил.

Больная развивалась правильно, но никогда не отличалась особым здоровьем. Училась хорошо. Окончила епархиальное училище и была учительницей 12 лет; затем она, наезжая к

своей родственнице в монастырь, привыкла к монашескому обиходу и, послушавшись советов одного монаха, осталась в монастыре, где пробыла 12 лет.

Регулы у больной начались в 13 лет, установились в 16 лет. В этом же году у нее был роман, который не окончился браком, так как больная боялась брачной жизни. Она, по-видимому, давно и постоянно мастурбирует, по крайней мере в ее записках имеются жалобы на то, что приятные половые ощущения теперь получаются труднее, так как на половых губах образовались ссадины. На расспросы о своей половой жизни она отвечает уклончиво. Спиртных напитков больная вообще никогда не употребляла. В своей жизни больная много болела; у нее был тиф, воспаление легких, дифтерит. Она страдала геморроем и сильными маточными кровотечениями, которые были на 37 году жизни и сопровождались изменениями психики: больная была очень раздражительна и все ей были противны.

Ее жизнь в монастыре была тяжелая: ее усердно эксплуатировали. Сначала она была учительницей, потом занималась по счетоводству и выбивала по золоту. Работы было много, отношения монахинь скверные, кормили скудно и однообразно.

Десять лет тому назад больная простудилась, у нее развилось воспаление ушей, произошло по ее словам омертвление барабанных перепонок, появились боли в ушах, и она потеряла слух. Заболевание продолжалось месяц, барабанные перепонки зарубцевались, осталась лишь вздутость их, причем слух возвратился, но не вполне. Через 1,5 года наступил возврат заболевания, еще через год — второй, и слух стал значительно ухудшаться, слева больная даже совершенно оглохла. Появились постоянные шумы в ушах.

Вслед за развитием ушных шумов при выбивании по золоту больная вдруг стала слышать в стуке свое имя и отчество. Затем она вскоре услышала целый разговор между ней и девочкой, которую она когда-то наказывала в школе. Затем разговоры стали слышаться все чаще и чаще, например, она слышала площадную брань, когда стояла в церкви. Когда она сообщала об этом игуменье, та увидела в этом бесовское наваждение и приказала ей больше молиться. Но чем больная усерднее молилась, тем ругань становилась циничнее. Больная перестала ходить в церковь и отправилась к архиерею с просьбой выпустить ее из монастыря. Архиерей приказал ей дожидаться ответа в своем монастыре. Больная вернулась обратно и вскоре была игуменьею в сопровождении двух монахинь отправлена будто к архиерею, а на самом деле в психиатрическую лечебницу. Это обманное помещение сильно взволновало больную; ее через месяц выпустили. С месяц голосов

совершенно не было вместе с прояснением слуха, а затем они вернулись с большей силой при новом ухудшении слуха. Временами голоса обостряются, их особенно много было при посещении больной о. Иоанна Кронштадского, что, вероятно, также следует объяснить ухудшением слуха, вследствие продолжительной дороги. В настоящее время больная ведет себя спокойно, много и охотно работает, но часто нервничает, так как ее донимают галлюцинации. Она постоянно слышит разговоры знакомых и окружающих, шумы, стуки, хрипение. Все это слышится ей там, куда направлено ее внимание. Стоит ей почесаться, например, и прислушаться, она и с места чесания слышит голоса. При засыпании в месте прикосновения лица к подушке ей слышится разговор в последней. Слышит она чаще всего не разговоры, а отдельные фразы или слова, например, «Катенька (имя больной) перевернется» или «к доктору привернулась» и т. п. Эти фразы или обрывки фраз повторяются и этим раздражают больную. Но иногда больная слышит и целые разговоры, которые она не передает устно, а записывает. В них ясно отмечается эротический оттенок; голоса или предлагают ей войти в половые сношения, или упрекают ее в этом. Кроме того, она различает чужие голоса, голоса далеких знакомых и окружающих. Голоса эти слышатся и в ней, и на ней, например, в груди и на груди, в носу, при дыхании, во рту. Далее, ей чудятся изредка разные противные запахи, между прочим, запах гноя костоеды; иногда же чувствуется отвратительный вкус гнильи и щипанье языка во рту, в другое же время — прикосновение мертвеца или поцелуй ее руки каким-то знакомым. Язык ее иногда сам двигается или как будто бы кто-то двигает (психомоторные галлюцинации). Все эти явления больная обычно не признает за реальные явления, но она убеждена, что в этом проявляется злая воля игумены Ефросиний и купца П. На игуменью она подала даже жалобу обер-прокурору Св. Синода, где описала все свои галлюцинации. По мнению больной, П. снял в граммофоне ее голос и голоса и речи других, знакомых ей, и какими-то невидимыми нитями, вероятно электричеством, передает ей эти разговоры. Эта масса галлюцинаций временами настолько подавляет больную, что она раздражается и заявляет, что если не поправится, то она повесится. Больная легко гипнотизируется, получается 3-я стадия по Льебо с амнезией. Легко вызываются каталептические явления, автоматизм и послегипнотические внушения, но голоса путем внушения устраняются лишь на несколько часов. Исследование ушей, произведенное специалистом, показало ясные следы хронического катарра обоих средних ушей.

Наблюдение 3. Больная Х., около 25 лет, происходит из семьи, в которой брат был душевнобольным, отец злоупотреблял спиртными напитками. Сама больная всегда отличалась удовлетворительным здоровьем. С год тому назад она имела роман, окончившийся отказом с ее стороны выйти замуж, около

полугода назад у ней развился обоюдосторонний otitis medialis, причем справа, вследствие гнойного процесса, потребовалась трепанация сосцевидного отростка. Слух восстановился, но начали случаться с тех пор сильные головные боли и остались шумы и свисты, особенно сильные справа. Недели 2 спустя после трепанации у больной появились впервые галлюцинации слуха. Она начала слышать несколько голосов, раздающихся извне, в числе которых немаловажную роль играл и голос любимого ею господина. Эти голоса продолжают и по сие время, причем они то неприятны для больной, то приятны. Наряду с голосами, у больной имеется и род неполных галлюцинаций (псевдогаллюцинаций) в виде «громкого мышления». Голоса больная слышит правым ухом, в котором делалась трепанация сосцевидного отростка и в котором по настоящее время слышится сильный свист и шум, тогда как в левом ухе субъективные шумы хотя и имеются, но много слабее. Иногда голоса слышатся как бы в шуме и свисте. Галлюцинаций и иллюзий в других органах не имеется. Больная признает, что она страдает галлюцинациями и благодаря этому очень рассеянна; но полного критического к ним отношения, невидимому, не имеет, вследствие чего по временам она склонна поддаваться слуховым галлюцинациям и под влиянием голосов говорит со своими родными о нарядах и о богатстве, что совершенно не соответствует их бедной обстановке. Исследование обнаружило мутность и втянутость барабанных перепонок и вероятное их приращение к стенке среднего уха.

Наблюдение 4. Больной М. обратился за советом ко мне еще в 1886 г., он офицер, по происхождению дворянин, Кавказского племени, магометанского исповедания, 38 лет, представляет собой субъекта несколько выше среднего роста, хорошего телосложения. Заболеваний внутренних органов нет. Страдает катарром средних ушей, особенно выраженным с правой стороны. Из аномалий развития можно указать на существование особой пигментации в виде пятен на правом райке и на широкое расстояние между средними верхними резцами.

Отец больного во время зачатия последнего был под сильным нравственным давлением из-за неприятностей по службе. Вообще об отце можно сказать, что он был умный и дельный человек; временами покучивал. Мать была очень умная женщина; часто страдала головокружениями и головными болями. Дядя по отцу был подвержен запоям. Сестра больного унаследовала от матери головокружения и шум в ушах.

Сам больной в течение всей своей жизни перенес несколько болезней: в детстве была сильная простуда, от которой лечился около 6 месяцев; в детстве же раз опрокинул на себя горячий самовар, обварился и сильно испугался, около 7—8 лет от роду

упал в кустарниках и потерял сознание, после чего было лихорадочное состояние; около 15 лет of роду перенес тиф. Как запомнит себя страдает приступами головных болей, продолжающимися 1—2 дня через неопределенные периоды времени. Во время этих приступов, кроме болей в голове, всегда были какие-то неопределенные ощущения особого характера. Облегчение от приступов являлось всегда вслед за выделением из носу. Всегда больной отличался раздражительностью из-за пустяков: сердился и ссорился часто без уважительных причин, хотя в общем он очень интеллигентный человек. В компании с товарищами иногда позволял себе немного выпить и при этом замечал за собой, что от водки быстро являлось возбуждение, сменявшееся быстро же озлоблением и затем угнетением, причем больной уходил из компании. Вследствие этого больной избегал алкоголя и злоупотребления последним у него вообще никогда не было. По его рассказу, болезнь началась следующим образом:

В январе 1885 г. больной должен был ехать из Севастополя в Петербург, чтобы поступить в школу. Накануне отъезда больной кутнул с товарищами. Не будучи из пьющих, он во время езды по железной дороге ничего не пил и только в Курске выпил одну рюмку. На одной из станций между Курском и Москвой около 10 часов вечера больной вышел на вокзал и выпил стакан чаю; затем вошел в вагон 3-го класса, в котором ехал, и сел, полулежа и облокотившись. Спать не хотелось. Около него сидел очень солидный человек с женой; затем сидел хорошо одетый еврей и неподалеку денщик больного. Вдруг больной слышит, что солидный человек говорит еврею: «Я видел много военных, но такого фата, как этот, не видывал; видишь, как грудь выпятил; должно быть набитый дурак!». За разъяснением этого больной обратился к еврею, но тот не дал обстоятельного ответа. Затем больной заменил, что некоторые пассажиры стали перемещать свои места, толкались друг с другом и перешептывались между собой. Позади больного ехал один пассажир с женщиной; на руке этого пассажира больной заметил кольцо, женщина же вдруг произнесла: «этакий чертенок; так бы я его искусила!». К кому относились эти слова — больной не знает. После этого женщина легла спать на скамейке позади больного. Вдруг он чувствует, что она, перекинув руку через перегородку, схватила его за голову; он ясно ощущает прикосновение ее руки к своей голове, но ощупать рукой он не догадался, так как напал на него какой-то необъяснимый страх и выступил холодный пот. Затем эта женщина говорит: «Давай 100 рублей!». Видя, что я ничего не отвечаю, она просит 50 рублей, затем 35 рублей. В это время в другом конце вагона слышится сильный шум голосов двух или трех человек; голоса выкрикивали «страшную пахабщину». Под влиянием этого крика больной, уставши, уснул.

Поутру, проснувшись, выпил чаю и умылся; голосов не было.

После того, как сел в вагоне, снова явился голос, рассказывавший всю биографию больного с его рождения. Это был сильный басистый голос, похожий на голос одного его знакомого, часового мастера в Петербурге и поэтому ему казалось, что это говорит тот самый часовой мастер. Далее голос говорил, что, хотя больной едет в Петербург для поступления в школу, но он не поступит, потому, что один командир — враг больному, живет с его женой и воспрепятствует поступлению. Больной ужасно растерялся и не знал, что делать. В это время он посмотрел на сидевшего вблизи «солидного человека», который вчера рассуждал о больном с евреем, и увидел, что у него являются глотательные движения и при этом «движения кадыка». В один миг в голове явилась мысль, что это был «чрево вещатель». При этом больной услышал еще голос будто бы этого самого «чрево вещателя»: «Хорошо не узнавать своих знакомых!». И тотчас ему представилось, что это, действительно, знакомый человек. Затем этот человек ушел в другую половину вагона.

На одной из станций в вагон село несколько новых пассажиров. Один из пассажиров сказал денщику больного: «Эй, ты, крупноизвергатель!» Пассажиры больному показались пьяными, так что на следующей станции он обратился к начальнику, чтобы тот запретил бесчинство.

Потом больной слышит, что «солидный» знакомый «чрево вещатель» говорит: «Экий невежа!» Снова на станции сели новые пассажиры и голос начал говорить, что жена его здесь, племянник здесь и здесь же сестра его жены и некоторые другие его знакомые. Одна старуха показалась ему знакомой, но замаскированной; голос сейчас же и замечает, что это такая-то знакомая. Затем голос говорит, что жена больного умерла, его это встревожило, он расплакался, лег и уснул. Проснувшись, он услышал голос одной пассажирки, похожий на голос его родственницы. Тотчас же ему представилось, что это, действительно, та родственница, на голос которой похож голос пассажирки, и он подошел к ней спросить об этом, чтобы окончательно увериться. Вслед за этим больной вышел на площадку вагона и хотел броситься, но раздумал и ушел в другой вагон. Однако и там слышались те же голоса из первого вагона, доносились издали. Теперь голоса стали говорить даже о таких эпизодах жизни больного, о которых он и сам едва ли когда-либо думал.

По приезде в Москву больной вышел на вокзал и спросил себе стакан чаю. За чаем слышит голос: «Здесь татары содержат буфет, поэтому не надо платить денег». Лица содержателей, действительно, похожи были на татарские. Чтобы удостовериться, нужно ли, действительно, платить за чай, больной спросил о цене и получил в ответ: «15 копеек за стакан

чаю». В другой группе пассажиров слышатся голоса: «Одурачим этого дурака!». На Николаевском вокзале в Москве больному все представляются его знакомыми и голос подтверждает, что это, действительно, его знакомые. Одна по костюму была совершенно схожа с одной родственницей больного, но когда он ближе стал разглядывать ее лицо, то оказалось, что это совсем чужая. Затем голос говорит: «ты не поезжай с этим поездом; для тебя будет особый поезд». В ожидании поезда больной подошел к буфету спросить стакан чаю и тут видит ехавшего с ним «солидного» господина, который будто бы готовит поезд для больного. Однако этот господин должно быть заметил необычный вид больного, встал и ушел. Затем — поезд готов. Вдруг в это время слышится шум, музыка, и голос стал говорить, что это «его встречают». После того как больной сел в вагон, голоса опять начали рассказывать эпизоды из его жизни. Затем вдруг в одном углу вагона он видит 2-летнего мальчика в ермолке, которого одна женщина то поднимает вверх, то опускает; левый угол рта у этого ребенка поражен раком и лицо его постоянно «менялось». Такого же ребенка, только девочку, больной видел еще в детстве, но никогда до этого случая не приходилось вспоминать об этом.

В Твери садится против больного одна довольно приличная женщина и при этом замечает: «С вами мне будет веселее». Разговорились, больной предложил компаньонке подушку, на которую она и легла, продолжая беседу с больным. Когда умолкли, вдруг больной слышит сзади крики: «ну-ну, расправляйся!». Пассажирка этим как будто сильно была обескуражена. Больному затем начал говорить голос его жены, которой тогда тут не было: «Перейди в спальный вагон!». Но больной хотя и был утомлен, однако не перешел на этот раз, перешел он лишь через несколько станций и спал хорошо. Утром голоса с самого утра начали преследовать больного и укоряли его: «А! Когда мы советовали перейти в спальный вагон, тогда ты не перешел, а теперь перешел!». Голоса усиливались и их становилось все больше и больше. Раздавался какой-то крик. Голоса стали слышаться уже в шуме колес, в скрипе их и по стенам вагона. Представлялось, что несколько человек ложилось лицами к стене вагона и пускали разные ругательства по стене; эти ругательские голоса, расходясь, усиливались. Чтобы удостовериться в истинности всего совершающегося, больной предложил прислушаться у стены одному своему товарищу, на что тот ответил, что шум, действительно, слышен, но голосов никаких нет и, конечно, был удивлен вопросом.

После остановки на одной из станций больному захотелось есть; вдруг он слышит голос: «Не пей водки!». Не хотел пить, но тут на зло спросил 2 больших рюмки и выпил; после этого вскоре, утомившись, заснул.

Через несколько станций голоса опять говорят: «Выпей водки!» Тогда на зло же им не выпил.

Рядом, в дамском отделении спального вагона, ехала одна дама. Она однажды стала у двери и смотрела на больного. Тогда голоса начали страшно ругать больного и ругали так, что, как ему казалось, могла все слышать эта дама. Больному было очень стыдно; но вскоре голоса стали хвалить больного, а барыне не советовали засматриваться на него, потому что она может влюбиться и тогда уже ей не вернуться в Туркестан, откуда она ехала. После этого вскоре барыня скрылась и более не показывалась, но голоса стали ругать и барыню.

По приезде в Петербург больной вышел из вагона, взял извозчика, приехал в гостиницу, причем голосов более уже не было; вместе с тем прекратились и ушные шумы.

Но однажды в июне больной ехал в вагоне конки и слышит: «Фуй, какая дрянь!». На это больной, однако, не обратил достаточно внимания. Затем в первых числах июля 1885 г. больной был на мусульманском празднике в Петербурге. В первый день праздника он был очень утомлен, но к вечеру при всем том вместе с женой отправился для прогулки в сад, откуда они вернулись на ночлег домой только около полуночи. Жена больного любила особенно спорить относительно семейных добродетелей жен; при этом она отличалась нетерпимостью к увлечениям жен и находила даже обидным для женщин снисхождение к таким женам со стороны мужей. Во время прогулки в описываемый вечер у больного с женой был этот же обычный спор. Больному на этот раз очень не нравилось то, что в суждениях жены проглядывала какая-то «особенная самостоятельность», которая ему казалось подозрительной. По возвращении домой легли спать. Затем жена закашляла и кашлянула 8 раз. Больному этот кашель показался очень подозрительным. Он не мог заснуть, жена тоже не спала. Через несколько времени больной перешел на диван, где и заснул. В 5 часов утра жена опять закашляла и опять кашлянула 8 раз. В 8 часов утра больной слышит шаги около окна на дворе, затем обратно шаги и с «условным» кашлем. В это время жена встает, отдергивает занавеску и смотрит туда. С этого времени у него опять начались галлюцинации. Подозрительность по отношению к жене явилась страшная и он всячески старался выведать скрывавшуюся от него тайну. Раз после этого он слышит голос в печную трубу снизу вверх: произносится имя и отчество его жены. Больной слышал этот голос, притаившись. Это был голос, не похожий на другие голоса, и больной считает его реальным. Подозрения по поводу неверности жены усиливались. Среди таких размышлений раз ночью, около 11 часов, при свече больной слышит голос: «Хочешь видеть свои рога?». Отвернувшись, он увидел на стене большие рога, как у оленя,

которые скоро, как стал пристально всматриваться, исчезли. Однажды больной забыл принять назначенные ему для лечения пилюли, вспомнив о них позже времени приема, за чаем. Тотчас же голос и говорит: «Назначено натошак, а ты за чаем!». В другой раз больной должен был прочесть публичную лекцию и боялся за ее удачу, но говорил, шутя, что, если лекция выйдет неудачной, то он сошлется на свои голоса. Сейчас же голос и говорит, что «они об этом ему не говорили». В другой раз было так, что больной должен был прекратить из-за голосов лекцию, потому что чем дальше продолжал ее, тем голоса все более и более усиливались.

Чем больше бывает взволнован больной, тем голоса сильнее и сильнее. При размышлениях о неверности жены голоса на этот счет еще более надоедают больному. Голоса затем являются часто вроде передаточного пункта между больным и женой. Что нужно передать жене, то передают голоса и больной слышит, а что нужно передать ему, то он все понимает. Бывает, кроме того, и такое состояние: если больной будет глотать слюну, то ему представляется, что он не глотает, а жена, и голоса говорят, что жена глотает слюну, а не он. О чем бы больной ни подумал, о том появляется целый разговор. Иногда же голоса идут в разрез с мыслями больного, но они могут быть направлены и по желанию больного. Иногда разговоры других понимаются не так, как они говорят, а как направляют мысли больного голоса. Последние слышны иногда в капанье воды, в плеске ее, в скрипе колес и т. п., но в это время уже голоса со стороны не слышны. Вместе с действительными звуками локализация голосов нередко изменяется. Они начинают выходить из места, соответствующего источнику звука. При прислушивании голоса сильнее, как и при волнении; при покойном состоянии голоса затихают. При занятиях и увлечениях голоса часто совсем не слышны и во всяком случае они меньше. На улице и дома голоса одинаково беспокоят. Чем дальше они раздаются, тем они громче преследуют больного. В пустом пространстве всегда слышны издали. При закрывании уха голоса так же слышны, как и с открытыми ушами. Они всегда слышнее справа (со стороны более пораженного уха), чем слева. Голоса во 2-й раз их развития происходят на татарском языке, а первый раз они слышались только по-русски. Больной совершенно критически относится к своим голосам, но первое время был уверен, что голоса слышатся не им одним, но и другими, от чего затем отказался после убеждения со стороны других.

Некоторые из голосов, по заявлению больного, несомненно, представляют повторение его мыслей, как бы «громкие думы». Другие голоса находятся в противоречии с его мыслями и отличаются необыкновенной объективностью. Иногда голоса говорят: «Не ешь отравленное!». Галлюцинации со стороны других органов чувств вообще крайне редки. Раз на лекции

больного кто-то схватил за плечо. Раз ночью, когда больной лег спать, он ясно слышал запах мускуса. В другой раз ощущал запах дыма, как будто что-то начинало тлеть, и в это время слышал крик «пожар!». Затем представилась лунная ночь, туман, ветер и напевание голосов: «Кумушка, голубушка». Вот и все, что может припомнить больной, кроме упомянутых выше «оленьих рогов».

Иногда больной не может дать себе отчета — свои ли мысли у него происходят или он слышит чужие голоса. Во всяком случае больной относится вполне критически ко всем описанным обманам чувств; у него не наблюдается никакого вообще бреда и душевная деятельность в других областях не представляет заметных отклонений. Больной очень интеллигентный человек, занимающийся хозяйством со счетной частью при своем полку.

Исследование ушей, произведенное специалистом, обнаружило присутствие otitis media simplex bilateralis, выражающееся мутностью, одинаково выраженной на обеих барабанных перепонках; имеется также и втянутость барабанных перепонки, выраженная на левой стороне сильнее, чем на правой. Подвижность барабанных перепонки представляется одинаковой. Обе евстахиевы трубы проходимы. Имеется, кроме того, старый катарр носоглоточной полости. На правое ухо слух обнаруживает умеренную степень гиперестезии. Продувание не обнаруживает влияния ни на субъективные ощущения, ни на галлюцинации.

О НАРУШЕНИИ ЧУВСТВА ВРЕМЕНИ У ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ

**Избранные
труды**

В. М. Бехтерев

Чувство времени за последние два десятка лет сделалось, как известно, предметом многочисленных экспериментально-психологических исследований и в этом отношении оно может считаться наиболее изученным из всех так называемых центральных чувств, расстройства же этого чувства, наблюдаемые у душевнобольных, до сих пор, по-видимому, мало обращали на себя внимания; между тем в отдельных случаях они, несомненно, играют немаловажную роль в общем симптомокомплексе душевных заболеваний. Ввиду этого весьма желательно, чтобы на эти своеобразные расстройства у душевнобольных было обращено больше внимания, чем это уделялось до сих пор.

Чаще всего нарушения чувства времени у душевнобольных выражаются тем, что оно является в такой степени ослабленным, что больные при отсутствии какого-либо помрачения сознания совершенно лишены возможности ориентироваться во времени и не могут более или менее точно определять, сколько прошло времени от того или другого известного им события, несмотря на то, что память их вообще и

в частности локализация бывших до болезни событий не представляется существенно нарушенной. Это более обыкновенные случаи нарушений определения времени, наблюдаемые у душевнобольных довольно нередко. Очень возможно, что они могут быть объясняемы наступившим с болезнью ослаблением способности узнавания прошлых представлений, с которой связана и наша способность локализации представлений во времени.

Другие, уже более редкие расстройства чувства времени выражаются тем, что больные значительный, иногда даже огромный промежуток времени уменьшают до минуты, в других же случаях минута им кажется вечностью. Чтобы иллюстрировать это состояние примерами, я остановлюсь на нескольких из своих больных.

Больной И. С., купец, алкоголик, ежедневно употреблявший водку по несколько рюмок за столом и, конечно, не признающий себя алкоголиком. О ближайших родных подробностей известно мало.

В июле месяце 1901 г. после продолжительного купания заболел психически, впав в угнетенное состояние. Вскоре это угнетение достигло своего апогея. Больной проявлял постоянное беспокойство, охал, стонал, бродил бесцельно по комнатам, ни с кем не говорил, обнаруживал недоверчивое отношение ко всем и, очевидно, галлюцинировал. Такое состояние продолжалось вплоть до конца октября, когда я был приглашен для его лечения на дом. При первом моем посещении больного я нашел его в состоянии сильного угнетения: он постоянно и бесцельно бродил по комнате, на лице его был выражен беспричинный страх, он отвергал всякое исследование, уходил, когда его хотели выслушать, заявляя: «оставьте, мне ничего не надо!». При этом он почти постоянно переходил с места на место, охая и стеная. На всякие расспросы о причине своего страха и стонов стереотипно повторял одну и ту же фразу Ох, что со мною сделали-то!». На самые подробные расспросы он не отвечал ничего определенного о своем состоянии. Можно было только догадываться по боязливому выражению лица больного, что он подвергается слуховым и зрительным галлюцинациям.

Постедний факт подтвердился при позднейших моих посещениях больного. Пищу больной принимает сам, но не иначе, как походя; спит плохо; запоры, кишечник вздут, других физических расстройств не имеется. С назначением бромидов, Adonis, а, Codeina, Laxant, а и ванн угнетение несколько уменьшилось, и хотя в общем больной держал себя по-прежнему, обнаруживая те же явления беспокойного угнетения, охая и стеная, но от него можно было узнать путем многократных расспросов, что он слышит голоса и что на него что-то страшное

наговорили, что его детей режут и т. п. При этом сон сделался крепче и больной вообще стал несколько спокойнее. Это относительное улучшение продолжалось и в последующие дни, причем больной стал несколько более доступен при расспросах, но все же давал лишь отрывочные указания относительно своих слуховых галлюцинаций враждебного характера. Голоса незнакомых ему лиц больной слышит, по-видимому, постоянно; на него наговаривают, ему угрожают. Он постоянно повторяет «Ох, что со мною будет! Что со мною сделали-то!». Более подробных указаний не дает; хотя и делает попытки рассказать, но затем останавливается, охает и заключает: «Нет, да вы не можете этого понять!». При этом поражает все время отрицательное отношение больного к окружающему. Он заявляет, что исследовать его не нужно, посещать также, упорно просит не прописывать ему лекарств, так как все равно принимать не будет, и т. п. Часто повторяет, что «ему ничего не надо». Тем не менее лекарства больному удастся давать после некоторых уговоров; в ванну также садится после некоторого сопротивления.

Вместе с тем у больного поразительным образом нарушено чувство времени. Когда говорили при нем о ваннах, которые длятся от $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{2}$ часа, то, вмешиваясь в разговор, он упорно утверждает, что ванны длятся секунды. На возражения, что этого не может быть, упорно утверждает, что ванны длятся не более нескольких секунд. Спит он также, по его словам, минутами, хотя, на самом деле, спит хорошо в течение всей ночи. Рубашку ему меняют, по его словам, по 30 раз в день. 6 ноября по возвращении с поездки, во время которой он прокатился от своей квартиры по набережной Фонтанки до Николаевского моста по Неве, что требовало в общем около часу времени при поездке взад и вперед, на вопрос «долго ли ездили?», обращенный к его жене, он тотчас же вмешался, заявив, что ездили всего 2 минуты. На мои возражения он упорно утверждал, что ездили 2—3 минуты, не более! И так все в том же роде. На вопрос, например, когда я был у него, он отвечает сегодня, недавно, тогда как предыдущее посещение мое было три дня тому назад. В остальном состояние прежнее. Больной вообще крайне несловоохотлив, и от него трудно выпытать подробности его бреда. Из отдельных же заявлений больного можно заключить, что он подвержен галлюцинациям.

18 ноября, будучи спрошен о продолжительности своей поездки, длившейся около часу, заявил, что катался всего минуту, на переспрос ответил: «не более секунды, мне кажется, что я даже и вовсе не катался!».

Но когда ему стали пояснять, где он был, то он сказал, что он, быть может, даже оставался в своей квартире, а все остальное, о чем ему говорят, он, действительно, видел, но он мог видеть все

это раньше. На вопрос, сколько сидел в ванне, отвечает уверенно: «одну минуту». На вопрос, спал ли и как долго, ответил, что спал всего минуту или секунду, что «ночи, по-видимому, вовсе и не бывает». На вопрос, сколько он живет на своей квартире, ответил после долгого размышления «5 лет», тогда как в действительности живет 20 лет. Нынешний год определяет правильно, но месяц определяет тот, в который он заболел, т. е. июль, утверждая, что все неверно считают, прибавляя целые месяцы. О событиях прошедших вспоминает, как о событиях недавних. При расспросах часто стонет и охает и галлюцинаторные явления выяснить не удастся вследствие несловоохотливости больного по отношению к причине его угнетения.

В декабре месяце галлюцинации несколько обострились. Больной стал утверждать, что детей его зарезали или крошат как капусту, что все делают нарочно для него, что даже фонари на улицах существуют нарочно для него, так как на свете будто бы все должно быть светло, а фонарей никаких не нужно. Говорит о каких-то крокодилах, будто бы даже сам находится внутри одного большого крокодила. Что касается чувства времени, то оно по-прежнему изменено в смысле уменьшения протекших промежутков. Больной по-прежнему говорит, что сейчас июль месяц.

И, несмотря на то, что видит снег из окон своей квартиры, не может разувериться: «По-моему теперь июль, а почему снег, сказать не могу!».

Из бредовых идей следует отметить, что, по его мнению, он почти сейчас родился, и, несмотря на всевозможные доводы, он все же утверждает, что ему кажется, будто он только что родился; он говорит также, что в глазах у него почему-то темно.

В общем состояние больного оставалось без перемены до марта месяца, когда оно стало заметно улучшаться. Мало-помалу угнетение перестало быть столь напряженным, и галлюцинации стали ослабевать. С половины апреля вместе с развитием более энергичного послабления на низ угнетение больного начало постепенно уменьшаться и он стал постепенно освобождаться и от своего бреда. В течение 2—3 следующих недель бред совершенно исчез и больной в конце концов вполне поправился. По выздоровлении он рассказал о своем болезненном состоянии следующее: слуховых галлюцинаций у больного было сравнительно мало, зато имелись оживленные зрительные иллюзии и галлюцинации. Он видел, например, змей в своей комнате и даже на кровати, видел крокодилов, наконец, ему начало казаться, что он сам находится внутри большого крокодила.

Кроме галлюцинаций, некоторые из бредовых идей больного в основе своей имели иллюзии и перетолковывание впечатлений окружающего. Так, утверждение больного, что жгут его детей, основывалось на том, что детей его уводили из комнаты, а затем в другую дверь вносили дрова для топки печей, что, очевидно, могло быть и в действительности. Точно так же больной утверждал, что детей рубят, как капусту, очевидно, под влиянием сходственных стуков, слышимых им из хозяйственных комнат. Вместе с этим больному казалось, что люди не умирают, что он только что родился или точнее переродился, что ему приставили другую голову; что в глазах у него была какая-то темнота и т. п.

Больной ясно вспоминает, что время ему казалось проходящим с необычайной быстротой. Прокатается, например, он около часу, а ему кажется, что он катался всего одну минуту, что он почти не успел выехать, как уже возвратился домой. Между тем, все обстоятельства, сопутствовавшие поездке, он помнит хорошо.

Точно так же и по выздоровлении больной ясно вспоминает, что ему ванны казались минутными, но чем объяснить такое уменьшение времени, он сказать не может.

Из приведенных данных представляется очевидным, что у больного имелось соответственное изменение чувства времени, так как вышеуказанных явлений нельзя объяснить бредовыми идеями больного, что подтверждается и расспросами больного по его выздоровлении.

В других случаях больным, наоборот, сравнительно небольшие промежутки времени кажутся необычайно продолжительными, например, помногу лет. В этом отношении особенно характерным представлялось наблюдение, сделанное мною еще в 1889 г., относящееся к больному, страдавшему алкогольным галлюцинаторным помешательством, которому путешествие от реки Волги до Казани на расстоянии всего не более 7 верст показалось продолжительностью в 100 лет. Вот как описывает по выздоровлении сам больной это свое путешествие:

«Ехали мы, мне так тогда казалось, лет 100 и уехали далеко далеко! Я жену держал за талию и сидел без шляпы все время. Была зима, ко мне было ужасно жарко, руки были как в огне. Прошло по меньшей мере столетие! Я заплакал о детях! Где они? И вдруг огни, огни, огни и справа, и слева (т. е. городские огни от уличного освещения при въезде в город) и я приехал во дворец, т. е. в Казанскую окружную лечебницу. Куда девалась жена (это я хорошо помню), я не знаю. Через два года (через сколько времени в действительности, я и теперь не знаю) ко мне пришел д-р И. И. Н. и сказал, что я всего еще в больнице две недели».

Нет надобности доказывать, что и здесь дело идет не о бредовом состоянии, которое объясняло бы заявления больного с преувеличением времени, а о действительном своеобразном нарушении чувства времени совершенно противоположного характера по сравнению с предыдущим случаем.

Аналогичные явления наблюдались мною еще в нескольких случаях, причем также можно было убедиться, что больным самое время казалось значительно более длинным, нежели в нормальном состоянии. Есть основание полагать, что в некоторых случаях бред больных о необычайном долголетии основан на таком именно изменении чувства времени, как в только что приведенном случае.

По окончании настоящей работы я имел возможность познакомиться по реферату с докладом д-ра В. В. Воробьева «Случай своеобразного расстройства представлений о времени при прогрессивном параличе», прочитанном им в заседании Общества невропатологов и психиатров при Московском университете от 29 ноября 1902 г. Больной д-ра В. В. Воробьева, страдавший типическим прогрессивным параличом при явлениях легкомыслия и эйфории, а по временам угнетения и слезливости и значительного слабоумия мог ориентироваться как в пространстве вообще, так и в окружающей обстановке, но обнаруживал большую дезориентировку относительно времени. Тотчас по поступлении в больницу больной точно определяет число 27 сентября, на другой день определяет 28 сентября, но к вечеру этого дня говорит, что еще утро, 11 часов 28 сентября, на следующий день к вечеру больной говорит, что теперь 28 сентября 11, часов утра. Таким образом, больной прибавляет в своем счете вместо каждых суток по получасу, впоследствии же еще более уменьшил свой счет и, наконец, на полуночи 28 сентября окончательно остановился в счете времени; смену же дня и ночи объяснял искусственным затемнением; при этом первоначально все события локализовал довольно правильно с расчетом получаса вместо суток, хотя позднее стала обнаруживаться уже неточность в определениях времени. Промежутки в несколько минут больной определял правильно и мог сказать, что обед длится от 0,5 до 1 часа времени и т. п. Автор признает вышеуказанное явление не за бред слабоумного» а за особое расстройство памяти времени. При обсуждении этого доклада мнения, однако, разошлись. Некоторые, как В. А. Муратов и И. П. Постовский рассматривают эти заявления больного как нелепый бред, а не как самостоятельное расстройство чувства времени, А. Н. Бернштейн же полагает, что в этом случае дело идет об утрате способности локализовать события во времени.

По И. П. Пестовскому, здесь на почве слабоумия могла образоваться бредовая идея о том, что 29 сентября наступить не

может, вследствие чего больной при локализации событий во времени прибегает, с одной стороны, к более мелким периодам, чем сутки, т. е. к часам и минутам, а с другой стороны, к большому числу повторного наступления обыденных событий.

Не решая окончательно вопроса о причине нарушенного определения времени у больного паралитика, наблюдаемого доктором В. В. Воробьевым, нельзя не обратить внимания на одно различие между его наблюдением и представленными выше наблюдениями в том отношении, что больной В. В. Воробьева определял небольшие промежутки времени правильно, даже продолжительность того или другого акта определялась больным более или менее точно, тогда как в первом из приведенных мною наблюдений нарушилось определение промежутков времени как больших, так и сравнительно малых в сторону их уменьшения, причем и определение продолжительности отдельных актов оценивалось значительно меньше, чем следует, во втором же наблюдении сравнительно небольшой промежуток времени оценивался больным как сто лет, причем и в том, и в другом случае больные рассказывали об этих нарушениях чувства времени по выздоровлении при нормальной критической оценке своего бывшего состояния. На этом основании есть полное право полагать, что в известных случаях у душевнобольных мы, несомненно, имеем дело с первичным, т. е. необусловленным бредом больных нарушением чувства времени.

**О ЗНАЧЕНИИ ВНИМАНИЯ В
ОТНОШЕНИИ ЛОКАЛИЗАЦИИ И
РАЗВИТИЯ ГАЛЛЮЦИНАТОРНЫХ
ОБРАЗОВ**

Избранные
труды
В. М. Бехтерев

Уже давно в отдельных случаях психических заболеваний обращала на себя внимание своеобразная локализация галлюцинаторных образов. Особенно поразительно, что больные, в развитии галлюцинаций которых играет очевидное значение психический момент, иногда локализируют свои слуховые галлюцинаторные образы внутри тела, например, нередко внутри своего живота, реже в дыхательном горле и других частях. Из целого ряда имеющихся в нашем распоряжении наблюдений можно было бы привести множество интереснейших примеров, если бы эти факты не признавались в настоящее время более или менее установленными, в которых уже нет более повода сомневаться.

С другой стороны, вообще локализация слуховых галлюцинаций в окружающем пространстве возбуждает много вопросов. Почему одни больные слышат голоса из определенной части пространства, например, из-за стен

комнаты, другие —из-под пола или сверху, из-за потолка, с неба и т. п.

В этом отношении прежде всего нужно иметь в виду, что в локализации психологически обусловленных галлюцинаторных образов в большинстве случаев не существует ничего постоянного. Не говоря о том, что часто у больных не имеется определенной более или менее точно фиксированной локализации галлюцинаторных образов, так как они слышат голоса отовсюду, т. е. с разных сторон, но и те больные, которые слышат голоса с одного какого-нибудь пункта окружающего пространства, не всегда указывают одно и то же место появления своих голосов, чаще же заявляют, что их голоса исходят то из одного, то из другого пункта. В других случаях больные, слышавшие голоса с одного пункта, через некоторое время заявляют, что они слышат голоса уже из другого пункта, причем бывает иногда совершенно невозможно уловить причину переселения голосов из одного пункта в другой. Само собой разумеется, что при перемене окружающей обстановки голоса изменяют нередко свою локализацию.

Так, больные, слышавшие раньше голоса из-под пола, начинают слышать их из-за стен или с потолка и т. п.

Ввиду этого, естественно, возникает вопрос, что же служит причиной того, что слуховые галлюцинации в одном случае локализуются в одном пункте окружающего пространства, в другом случае в другом; иначе говоря, какой психологический процесс определяет ту или другую локализацию слуховых ощущений в окружающем пространстве.

В этом отношении необходимо прежде всего иметь в виду влияние внешних впечатлений на локализацию слуховых обманов. Всякий знает, что нередко слуховые галлюцинации относятся к той части окружающего пространства, откуда слышится шорох или какие-либо иные звуковые впечатления.

Вообще объективные звуковые впечатления, как показывают клинические наблюдения, оказывают огромное влияние на локализацию слуховых обманов, особенно у больных, страдающих слуховой гиперестезией, как нередко случается, например, у галлюцинирующих больных, страдающих хроническим алкоголизмом. Нередко приходится наблюдать, что больной, слышавший раньше голоса из той или другой части окружающего пространства, вместе с тем, как раздастся звон колокола на соседней колокольне, начинает слышать те же самые голоса уже в колокольном звоне; равным образом достаточно бывает больному с слуховыми обманами услышать журчание льющейся или капающей из

водопроводного крана воды и он начинает слышать свои голоса в журчании текущей воды. Если во время оживленных слуховых галлюцинаций больной услышит стук шагов, то нередко его галлюцинации начинают слышаться в стуке шагов. Иногда даже больные слышат голоса в стуке своих собственных шагов и даже в урчании своих кишок, как я убеждался неоднократно.

Исследуя алкоголиков, страдающих слуховыми галлюцинациями, мне удавалось по произволу изменять локализацию этих галлюцинаций. Так, если заставить такого больного прислушиваться к звуку электрического индукционного аппарата, то голоса, раньше слышанные больным с той или другой области окружающего пространства, он нередко начинает слышать в звуке электрической машинки, но достаточно приостановить звук машинки, как тотчас же голоса или временно исчезают или изменяют свою локализацию в пространстве. При возобновлении монотонного звукового раздражения от дребезжащего молоточка индукционного аппарата больной тотчас же снова начинает слышать голоса в звуке электрической машинки. Если последнюю переставить на другое место, то и больной, прислушивающийся к звуку электрической машины, будет слышать свои голоса из того пункта, куда переставлена машина.

Все эти данные не оставляют сомнения в том, что локализация галлюцинаторных образов в известных случаях находится в прямой зависимости от непроизвольного направления внимания, благодаря чему каждый раз, когда источник звука или, что все равно, какой-либо другой предмет, привлекающий внимание, будет перемещен, то переместятся соответственным образом и галлюцинаторные образы.

В справедливости вышесказанного нетрудно убедиться и на основании одного недавно представившегося мне крайне интересного случая, относящегося к больной, страдавшей около 10 лет слуховыми галлюцинациями вследствие поражения органа слуха. Болезненное состояние больной было уже описано мною в моей статье «О галлюцинаторном психозе, развивающемся при поражении органа слуха» и здесь нет надобности подробно останавливаться на нем, но заслуживает внимания одна особенность у одной из описанных больных, состоящая в следующем.

Особенностью больной, демонстрированной мною в научном собрании врачей клиники душевных и нервных болезней, является то обстоятельство, что она может вызвать галлюцинации искусственно, производя своей рукой простое

прикосновение или легкое почесывание по лбу, по щеке, по губам и по другим частям тела. Эти галлюцинации слышатся больной из той части тела, которую она почесывает, и притом всегда различные по содержанию.

Впервые больная убедилась в появлении у нее галлюцинации при почесывании тех или других частей тела совершенно случайно. Однажды в Оптину пустынь, где жила больная, приехал великий князь К.; больная, очевидно, заинтересовалась его личностью и, когда великий князь стоял в церкви во время богослужения, больная не сводила с него своих глаз и старалась подражать ему во всем. Когда великий князь брал себя за ус и больная прикасалась к своей верхней губе, когда великий князь касался своего подбородка, делала то же и больная, при этом она убедилась, что, кроме голосов, которые она слышала в церкви вообще, она слышала также голос из того места своей кожи, к которой прикасалась. Она подумала, что этим путем великий князь передает ей свои мысли. При этом, производя прикосновение к различным частям тела, например, ко лбу, к щекам, к руке, и прислушиваясь к ним, больная убедилась, что каждый раз слышались те или другие слова из этих областей тела. То же самое больная испытывала и во время пребывания своего в клинике, причем ее нетрудно было заставить вызывать свои галлюцинаторные образы почесыванием тех или других частей тела. При этом оказалось, что больная должна была каждый раз прислушиваться к той области, которую она почесывала, чтобы услышать свои галлюцинации. Очевидно, что и здесь дело сводится к направлению внимания, которое и содействует развитию галлюцинаций.

Что это так в действительности, доказательством может служить тот факт, что больной достаточно прислушаться к какой-либо части пространства, чтобы появилась у нее в этом направлении слуховая галлюцинация. Так, когда я заставлял больную прислушиваться в направлении определенного угла, то она начинала слушать галлюцинации из этого угла, когда же я заставлял больную прислушиваться к другому углу, тогда она начинала слышать голоса уже из этого угла. Вообще куда бы ни привлечь внимание больной, она оттуда и начинала слышать голоса.

В последнем случае, кроме влияния внимания (в данном случае волевого) на локализацию галлюцинаторных образов, это внимание, очевидно, содействовало и появлению галлюцинаторных образов.

Для проверки положения, устанавливающего зависимость локализации галлюцинаторных образов от произвольного направления внимания, я воспользовался одной из бывших

под моим наблюдением истеричной больной, у которой нетрудно было вызывать глубокие степени гипноза и внушать в нем самые оживленные слуховые галлюцинаторные образы. Эти галлюцинаторные образы слышались больной с той или другой части окружающего пространства, смотря по тому, где больная воображает по своему разумению говорящее лицо, но затем достаточно было больную заставить прислушиваться к тому или другому постороннему звуку, как она начинала слышать голоса именно из того места, откуда она слышала звук. Даже если без всякого постороннего звука путем внушения привлекали внимание больной к тому или другому пункту пространства, как больная начинала слышать голоса из той именно области пространства, к которой привлекалось ее внимание.

Даже привлечением внимания к ее животу удалось вызвать слуховые галлюцинации, исходящие из живота больной точно-точно, как это наблюдается иногда в патологических случаях у лиц, страдающих хроническими галлюцинациями. В недавнее время опыты такого же рода были проделаны мною в присутствии д-ра Нарбута над другим гипнотиком с влиянием внешних впечатлений не только на слуховые, но и на зрительные и осязательные галлюцинации. Молодой человек Т. был приведен в состояние глубокого гипнотического сна, причем ему были внушены слуховые галлюцинации в виде голоса своего брата, только что к нему пришедшего и говорящего ему о своем житье-бытье. Голос при этом слышится больным прямо спереди, как будто бы его брат стоял впереди его. Затем пускается в ход молоточек индукционного аппарата, поставленного с боку больного, и оказывается, что без всякого постороннего внушения голос своего брата Т. слышит теперь уже в том месте, где шумит молоточек индукционного аппарата, хотя самый шум молоточка им не слышится вовсе. После того как индукционный аппарат незаметно от Т. переставили на другую сторону, и голос стал слышаться им уже из этого нового места, где помещен аппарат; таким образом, сколько бы раз мы не переставляли индукционный аппарат, голос, слышимый Т. в виде галлюцинации, постоянно меняет свое место сообразно местоположению источника звука, хотя самый звук аппарата и не слышится Т. Очевидно, что источник звука здесь направляет только внимание больного в определенную сторону, чем определяется локализация слуховой галлюцинации.

Достоин внимания, что вместе с прекращением галлюцинации по внушению шум индукционного аппарата начинает вновь слышаться Т., тогда как с появлением внушенной галлюцинации шум индукционного аппарата тотчас же перестает им слышаться. Факт этот, очевидно,

следует объяснить поглощением внимания в сторону слуховой галлюцинации.

Совершенно аналогичные результаты были получены и при испытании с помощью камертонов: каждый раз при звучании камертона с той или другой стороны внушенная слуховая галлюцинация изменялась в своей локализации и проецировалась в области источника звука. При этом самый звук камертона не был слышен, пока продолжалась слуховая галлюцинация. С прекращением же последней по внушению звук камертона становился тотчас же слышным для Т.

Совершенно аналогичные явления можно было наблюдать и в отношении зрительных галлюцинаций. Т. в гипнозе была внушена галлюцинация в форме светлой звезды и оказывается, что местоположение этой звезды менялось вместе с тем, как больному был показываем из того или другого места небольшой медный диск, хотя последний Т. и не видел, по его удостоверению. В другой раз ему была внушена зрительная галлюцинация в виде кривляющейся физиономии, причем с той и другой стороны от больного впереди от него было расположено у стен по одной лампочке накаливания. Оказалось, что каждый раз, когда зажигали одну лампочку, галлюцинация, локализовавшаяся первоначально впереди от больного, перемещалась в сторону лампочки, хотя последняя во время галлюцинирования и не замечалась Т., при тушении лампочки галлюцинация опять проецировалась прямо en face от больного, с зажиганием же лампочки, лежащей по другую сторону от больного, снова галлюцинация перемещалась в сторону зажженной лампочки, которая, однако, сама не была доступна восприятию. Опыт этот удавалось проделать бесчисленное число раз и всегда с одним и тем же результатом. Если внимание больного было отвлечено от зажженной лампочки, то она и не влияла на локализацию галлюцинации, но достаточно было зажечь другую лампочку, и тотчас же галлюцинация проецировалась в сторону этой вновь зажженной лампочки. Последняя тем не менее, как уже упоминалось, была невидима для Т. до тех пор, пока, благодаря новому внушению, не исчезала зрительная галлюцинация.

С кожными ощущениями опыт было трудно обставить, но к здесь в общем мы получили сходные результаты. Т. в гипнозе внушали, что его кусает комар. После многократных внушений вызвать этой галлюцинации не удалось; но как только стали прикасаться кончиком бумажки к тылу одной кисти рук как он начал чувствовать укус в этой именно области. Как только больному начали слегка водить той же бумажкой по тыльной поверхности кисти другой руки, как укус стал чувствоваться Т. в месте этого прикосновения на

другой конечности.

Заслуживает внимания, что вызывание галлюцинации у Т. в одном органе чувств, например, в органе слуха, обыкновенно не давало возможности вызвать внушением галлюцинации в другом органе чувств, за исключением того случая, когда эта последняя, согласно внушению, должна слиться в то же время с первой в виде одного образа, например, слышание голоса и видение говорящего человека.

Последний факт, по-видимому, следует поставить в связь с отвлечением внимания в сторону внушенной галлюцинации, что само по себе не лишено известного научного интереса.

Все эти наблюдения не оставляют сомнения в том, что та или иная локализация галлюцинаторных образов, как слуховых, так, очевидно, и иных, объясняется привлечением внимания больных к той или другой части окружающего пространства в силу каких-либо объективных явлений, наблюдающихся в данной области. Очевидно также, что и локализация галлюцинаторных явлений внутри своего тела объясняется привлечением внимания галлюцинирующих больных к данной области.

В этом отношении нетрудно привести много примеров, где больные локализовали свои слуховые галлюцинации внутри своего тела в зависимости от тех или других ощущений. Так, в одном случае дело шло о женщине, слышавшей голоса изнутри своего тела, при вскрытии уже у этой больной оказалось раковое новообразование в кишечнике. Другой больной, страдавший хроническим катарром кишечника, слышал по временам голос, исходивший из области живота, и можно было точно выяснить, что этот голос он слышал в то именно время, когда появлялось у него усиленное урчание в животе. Другой больной слышал голос, исходящий из предсердечной области, который он признавал за голос святого духа, поселившегося внутри тела, и в этом случае можно было проследить появление этого голоса вместе с возникновением чувства необычайной легкости в предсердечной области, которую больной и аллегоризировал в виде присутствия святого духа.

Особенно поучительным в этом отношении мне представляется наблюдение, сделанное И. П. Мержеевским по отношению к больному, страдавшему слуховыми галлюцинациями, которые он слышал, как обыкновенно, извне, но с тех пор, как он заболел перитонитом, те же голоса он начал уже слышать внутри своего живота. Это наблюдение, очевидно, прямо говорит в пользу высказанного нами положения о значении непроизвольного внимания в

отношении локализации галлюцинаторных образов. Очевидно, что с развитием перитонита внимание больного, помимо его воли, направлялось на область живота, в котором испытывались болезненные ощущения, в силу чего и галлюцинации, раньше слышавшиеся больным извне, стали слышаться внутри своего живота.

Даже не одни только патологические чувственные образы, в известных случаях, благодаря направлению непроизвольного внимания, относятся к тем или другим частям своего тела. Есть основание полагать, что и патологические аффективные состояния и общие ощущения могут при известных условиях, благодаря опять-таки направлению внимания, относиться к тем или другим областям, где их локализация представляется явно ненормальной.

Этим, например, объясняются заявления больных, что они испытывают «страх в мочевом пузыре» или что у них «тошнит левую ногу». При этом более внимательные расспросы показывают, что дело идет в этом случае не о фигуральном лишь выражении, а о таких состояниях, которых больные иначе и выразить не могут.

Этим же направлением непроизвольного внимания можно объяснить и прямой переход в известных случаях галлюцинаций в иллюзии и, наоборот, переход психопатологических иллюзий в галлюцинации.

Мы уже выше упоминали о том, что больные, слышащие голоса из какой-либо части пространства, нередко вместе с появлением постороннего звука, например, колокольного звона, начинают слышать голоса в этом звуке, как будто бы те же самые голоса стали, по выражению одного из моих больных, «вызываться» в колокольном звоне. Между тем с прекращением колокольного звона голоса по-прежнему слышались больным из окружающего пространства. Точно так же вместе с появлением шума текущей воды голоса больного, ранее слышавшиеся из какой-либо области окружающего пространства, начинают слышаться в журчании воды и т. п. Наблюдаемый прямой переход галлюцинаций в иллюзии объясняется, очевидно, невольным привлечением внимания к тем или другим звуковым впечатлениям, вследствие чего галлюцинации и сливаются с последними, превращаясь в иллюзии.

Равным образом и локализация галлюцинаторных образов в окружающем пространстве стоит в известном отношении к привлечению внимания теми или другими внешними поводами. Поэтому в одной обстановке больные слышат свои голоса в одной части пространства, тогда как в другой

обстановке те же больные слышат свои голоса уже в другой области пространства, смотря по тому, куда по преимуществу привлекается их внимание.

Выше мы привели наблюдение, где до очевидности ясно обманы чувств вызывались под влиянием напряжения в известном направлении. Есть и другие примеры из психопатологии, где можно с положительностью говорить об усилении и появлении галлюцинаторных образов под влиянием напряженного внимания. Особенно нередко у алкоголиков удается вызвать развитие зрительных или слуховых галлюцинаций простым возбуждением внимания.

Чтобы выяснить эту сторону дела, нельзя не указать на значение внимания в апперцепции вообще и на развитие перцепируемых образов.

Известно, что внимание представляет собой такой процесс, при посредстве которого наши внутренние явления становятся более яркими. Благодаря вниманию то или другое ощущение или идея становятся яснее или, как иногда говорят, выдвигается в поле ясного сознания. Как известно, особенно Вундт выдвинул в последнее время значение внимания в процессе апперцепции, хотя роль внимания в этом отношении была указана еще Лейбницем.

Не подлежит, однако, сомнению, что внимание не только усиливает внутренние явления, но оно в состоянии и возбудить те или другие внутренние образы. Это может быть доказано экспериментальным путем при работах с гипповским хроноскопом. Всем работавшим с этим аппаратом известно, что когда требуется отмечать простую реакцию, то нередко дается сигнал во время самого звука или даже ранее его появления, несмотря на то, что лицо, над которым производят опыт, убеждено, что отметки сделаны верно.

Если мы возьмем маятник Вундта и установим звонок так, чтобы звон раздавался на определенном пункте положения маятника, то при обращении нашего внимания не на самый звук, а на любой пункт полукруга с делениями, по которому двигается конец маятника, оказывается, что мы слышим звонок каждый раз в том пункте, на который мы обращаем внимание, а не на том месте, на котором установлен звонок прибора.

С другой стороны, если мы возьмем карманные часы, ход которых может быть приостанавливаем по желанию исследователя и незаметно для испытуемого лица, то, отведя часы на такое расстояние, чтобы бой их был едва слышен, мы можем привлечением внимания испытуемого субъекта

заставить слышать бой часов в то время, когда его наверно уже нет.

Все эти факты, очевидно, говорят в пользу того, что внимание является таким актом, который способен возбудить внутренние образы там, где их нет в действительности. В повседневной жизни мы встречаем подтверждение этого везде и всюду. Когда внимание привлечено в каком-либо направлении, то всякий знает, что мы получаем нередко действительные иллюзии, т. е. создаем образы, не соответствующие действительному восприятию. Очевидно, что и в патологических случаях непроизвольное внимание может оказывать возбуждающее влияние на появление галлюцинаторных образов, как это мы и наблюдали в приведенных примерах.

**ПРИЗНАНИЕ
ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗА
ГАЛЛЮЦИНАТОРНОЕ
ПЕРЕЖИВАНИЕ КАК ОДНО ИЗ
ПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО
РАССТРОЙСТВА**

Избранные труды
В. М. Бехтерев

В числе многочисленных симптомов психических заболеваний заслуживает внимания то своеобразное состояние, когда больные окружающую действительность признают не за действительность, а за нечто искусственное, подставное или за продукт своих галлюцинаций или сновидения, или, наконец, за продукт собственной фантазии. Больные в этом случае все воспринимают совершенно правильно, как оно и есть в действительности, но не считают окружающее за действительно переживаемое, а за нечто фантастическое, представляющее лишь их собственные галлюцинации или сновидения, или же признают за намеренно подставленное другими. Представим раньше всего примеры подобного рода состояний.

В одном из моих наблюдений дело идет о девице в возрасте около 42 лет, надзирательнице одного из больничных учреждений Петербурга.

Больная имеет семейное наследственное расположение к нервным болезням и сама с давних пор отличалась нервностью, доходившей до приступов малой истерии. В остальном больная всегда была здоровой, но за последние годы у нее стал развиваться фиброид матки, достигший величины детской головки. В течение последних двух месяцев месячные отсутствуют совершенно.

При исследовании физической сферы в сентябре 1905 г.,

кроме этих изменений со стороны половой сферы, никаких других изменений не обнаружено. С физической стороны можно лишь отметить умеренное повышение сухожильных рефлексов и ослабление глоточного рефлекса. В последнее время, за период 1905 г. больная пережила несколько тягостных для нее моментов нравственного характера, под влиянием которых со стороны психической сферы с конца лета 1905 г. у нее начали проявляться уклонения, выразившиеся в том, что она стала относиться к к прошлым событиям и ко всему окружающему не как к действительности, а как к чему-то искусственному или подставному, или составляющему продукт ее галлюцинаций. Больная, например, в течение летнего времени участвовала в похоронах своих сослуживцев и хотя во время этих похорон она все признавала их за действительность, но затем ей стало казаться, что это была лишь галлюцинация. Равным образом ей казалось, что вся окружающая обстановка и люди, с которыми она беседует, не являются действительными, а оказываются чем-то подставным, нереальным. Подобное состояние у больной длилось в течение более месяца. Никаких галлюцинаций, никаких иллюзий больная в это время не имела.

Вышеуказанное состояние у больной длилось всего несколько недель. и затем совершенно исчезло. Но в самое последнее время, спустя почти год после вышеуказанного состояния, больная, как я узнал, заболела вновь психическим расстройством, на этот раз более тяжелым, потребовавшим помещения больной в специальное заведение.

В этом примере мы имели психическое расстройство, не достигшее вполне выраженного психоза и обусловленное, по всей вероятности, нарушением кровообращения, связанным с подавлением менструа в климактерическом периоде у субъекта, предрасположенного к психическим расстройствам. Приведу еще другой пример.

Больная К., 24 лет, девица; мать ее нервная; бабушка с головными болями; отец с состоянием угнетения, умер от последствия покушения на самоубийство. Брат деда умер психически больным. Сама больная с детства нервная, в последнее время стала уставать на службе и нервность ее усилилась. С год назад ей стало казаться временами, что виденное ею ранее представляется либо сновидением, либо нереальным, а пережитым, как продукт своей фантазии или грез, и в то же время кругом себя она видит не действительность, а все окружающее ей только кажется или оно есть ни что иное, как сновидение. Недавно, например, больная ждала с нетерпением к себе знакомого; но, когда он приехал и беседовал с нею, ей все казалось, что это не

действительность, а кажущееся явление, своего рода галлюцинации. Что бы больная ни видала вокруг себя, ей кажется, что это не действительность, а нечто нереальное, кажущееся. Если ей что-нибудь говорят, она также не признает это за действительности, а за мнимые голоса мнимых людей. Она иногда сама хочет себя убедить в том, что все окружающее есть действительность, но это ей не удается. Если ее уверяют, что все ее окружающее на самом деле существует, то она тем не менее этому не верит. Также и относительно прошедших событий больной кажется, что бывшее с ней представляло ее галлюцинации или ее фантазию, или, быть может, было во сне. Никаких обманов чувств больная не испытывает. Память и ассоциации правильны. Вообще в остальном чувствует себя здоровой. Сон не всегда спокойный, иногда испытывает продолжение сновидений некоторое время после пробуждения. Больная сама записала о своем состоянии следующее:

«Сны мои были прежде продолжением действительности или продуктом моих грез наяву (я очень много мечтала, очень любила это занятие и предполагала долго жить среди выдуманных мною сказок, осуществления которых я не ждала и в которые уходила от действительности); теперь это масса спутавшихся образов и фраз из повседневной жизни; благодаря вечному туману в голове, мне трудно разобраться, какое слово или явление принадлежит сну и какое — действительности (иногда это нужно), тем более, что я очень скоро забываю даже то, что было вчера (прежде этого не было). Два или три раза в последнее время (в минуты сильной тоски, предчувствия несчастья или сильного потрясения) у меня являлось сомнение в реальности окружающего меня; мне казалось, что все, что делается кругом, — результат напряженного воображения, что, может быть, все совершенно не так и нет того, что сейчас у меня перед глазами: я не сижу перед столом, я не вижу своего собеседника (т. е. этого нет на самом деле), я где-то в другом месте, но мозг мой выдумал все то, что представляется моим глазам и слуху; мне казалось, что я, может быть, уже сумасшедшая и галлюцинирую, и это было ужасно.

Я в эти минуты не отрицала реального существования и своих родных, и обстановки, но ощущение было вроде того, как будто я, лежа в своей комнате, выдумала, что я иду на службу, что со мной разговаривают, что приезжают те, кого я жду, а ничего этого сейчас нет. Я разуверяла себя тем, что все совершающееся кругом уже очень ярко и последовательно, как не бывает во сне или в бреду, а сомнение подсказывало, что у сумасшедших галлюцинации дают полную иллюзию действительности».

Кроме всех вышеуказанных явлений, у больной имеются ясные неврастенические симптомы. Жалобы ее сводятся на усталое подавленное состояние, отсутствие аппетита, прерывистый, беспокойный сон, постоянное чувство беспокойства, туман в голове, вызывающий смутность мыслей, кажущееся ослабление памяти и интереса к событиям, постоянный шум в голове, неспособность что-либо написать без насильственного возбуждения, тоски, беспокойство, наряду с усталостью и тупостью, и недовольство окружающим.

В последнем случае дело идет, таким образом, о неврастеническом и частью, может быть, истерическом состоянии, в котором вышеуказанный симптом выражен в резкой степени. Но одинаковые явления наблюдаются и в тяжелых психозах, особенно острых, например, при галлюцинаторной спутанности, и притом в общем далеко нередко, но здесь они часто затемняются рядом других симптомов и потому не всегда легко выделяются из общей картины заболевания. Тем не менее, несомненно, что эти явления нередко играют важную роль в развитии бредовых идей, наряду с действительными обманами чувств.

Во всех этих и подобных им случаях дело, очевидно, идет не о нарушении процесса восприятия, которое у наших больных оставалось вполне правильным и совершенно ненарушенным, а в нарушении более сложного психического процесса — процесса узнавания. Дело в том, что больные, вполне правильно воспринимая окружающее, не могли лишь его признать за действительность, несмотря на то, что их процесс суждения в то же время не представлял существенных отклонений от нормы.

Дело идет, таким образом, о настоящих обманах узнавания, которые могут наблюдаться в известных случаях более или менее изолированно, в других же случаях наблюдаются наряду с обманами чувств и другими нарушениями психической сферы.

Следует заметить, что в отдельных случаях больные не признают и своих сновидений за действительные сновидения, а рассматривают их как искусственно вызванные явления. Так, один из наших больных, не обнаруживавший в бодрственном состоянии никаких иллюзий и галлюцинаций, испытывал всевозможные и крайне оживленные сновидения. В этих сновидениях он видел цинические картины, в которых проделывались будто бы «невозможные вещи» с его женой. Все эти сновидения он признавал за искусственно показываемые ему картины, resp. галлюцинации, вызванные путем гипноза какими-то злоумышленниками, и мучился

мыслями о возможности действительных проделок такого рода с его женой.

Рассмотренные состояния представляют собой совершенно своеобразный симптом, который можно сблизить с теми патологическими явлениями, которые известны в литературе под названием парамнезий.

Литература, относящаяся к различным формам парамнезий, начиная с 1872г., представлена целым рядом авторов (Зандер, Янсен, Буарак и Горвиц, Шюле, Пик, Аниэль, Форель, Рибо, Крепелин, Фуилье, Дюга, Саланд, Арно, Леруа, Тололанска и др.). Из позднейших работ, относящихся к этому предмету, можно указать на статью профессора А. Пика, затем на статью М. Киндберга и др.

В последней работе приведена, между прочим, и литература, относящаяся к парамнезии, а также рассмотрены взгляды авторов на происхождение парамнезии. В отношении последней мы, к сожалению, до сих пор не имеем еще удовлетворительного объяснения и можно сказать, что существует столько взглядов, сколько и авторов, писавших по данному предмету. По Киндбергу, при утрате чувства реальности дело идет об утрате ощущения мозговой работы или усилия при опознавании предметов, вследствие чего и нарушается оценка видимого. Больным реальное кажется в виде образов, сна, им все кажется странным, начиная со своих ощущений, они утрачивают чувство личности и чувствуют себя как бы автоматами.

Тот вид парамнезии, который мы описали выше, однако, не может быть объяснен с точки зрения Киндберга, так как, кроме ощущения, сейчас видимого в форме галлюцинаторных образов или сновидений, две наши больные свои воспоминания о прошлом признавали не забытое в действительности, а за пережитое в галлюцинациях, хотя во время самого переживания они этого ощущения не испытывали.

Равным образом и в третьем нашем случае больной, считавший пережитые им сновидения за галлюцинации, вызванные в нем путем гипноза, производил неправильную оценку своих состояний после уже совершившегося их переживания, следовательно, в своем воспоминании. Очевидно, что чувство мозговой работы или усилия в наших случаях при самом опознавании не представлялось нарушенным, так как в момент переживания парамнезии не имелось, кроме нашего второго случая, где одновременно существовала и обычная форма парамнезии, выражающаяся неузнаванием окружающей действительности. Отсюда

очевидно, что чувство усилия в происхождении этого явления в данных условиях не могло играть какой-либо роли.

Поэтому правильнее смотреть на приведенные нами своеобразные расстройства, как на ошибки узнавания, зависящие не от нарушения процесса восприятия или по крайней мере не его одного, но от нарушения процесса воспроизведения.

О ГАЛЛЮЦИНАТОРНЫХ ВОСПОМИНАНИЯХ

Избранные труды

В. М. Бехтерев

Под названием «галлюцинаторные воспоминания» могут быть понимаемы те своеобразные болезненные состояния, когда больными в виде галлюцинаций воспроизводятся бывшие с ними происшествия или виденное и слышанное ими. Это не что иное, как в настоящем смысле слова галлюцинаторное воспроизведение прошлых, пережитых ранее представлений. Но прежде обсуждения этих своеобразных явлений приведем здесь несколько относящихся сюда наблюдений.

Больная, пожилая девица, без тяжкого наследственного предрасположения, жившая при монастыре, заболевает ушами после инфлюэнцы, причем у нее в конце концов развилось омертвление обеих барабанных перепонки и она получила резкое ослабление слуха, продолжающееся и по настоящее время. При монастыре больную определили в чеканную мастерскую, где она должна была заниматься с девочками. Под влиянием сильного нервного напряжения на почве поражения ее ушей здесь с ней развиваются иллюзии и галлюцинации и она заболевает галлюцинаторным психозом на почве поражения органов слуха. Она начинает слышать при стуке молоточком в чеканной мастерской слова, а затем ей в стуке стали слышаться целые фразы. Больная стала также слышать свое имя и отчество, произнесенные присутствующими при работе монахинями. Тут же больная была поражена тем обстоятельством, что она услышала весь разговор, бывший год назад между ней, девочками и надзирательницей в приюте, где она ранее занималась с девочками рукоделием. Дело происходило так.

Девочка Е. Я. сильно нагубила, вследствие чего наша больная, тогда бывшая здоровой, отправила девочку из своей рукодельной в младшее отделение; потом надзирательница позвала нашу больную и начала упрашивать снова взять к себе провинившуюся девочку, бывшую ее приемной дочерью, так как девочка сильно плакала, двое суток не спала, не пила и не ела. Также и другие дети долго и настойчиво, более двух дней, упрашивали больную простить девочку и снова взять ее к себе в рукодельную. Больная в конце концов заставила девочку просить прощение за свои грубости и снова взяла ее к

себе в рукодельную И вот весь этот разговор и управливание девочек, уговаривание простить со стороны надзирательницы, плач и мольбы провинившейся девочки и, наконец, слова самой больной со всеми мельчайшими подробностями были воспроизведены в галлюцинаторных слуховых образах с такой точностью, «как, будто бы,— по словам больной,— предо мной сейчас все происходило». Больная всем происшедшим была сильно поражена, рассказала обо всем игуменье, которая признала это «искушением» и тем вызвала недовольство к себе у больной

В другой раз больная услышала голос своего давнего знакомого П.; он начал рассказывать ей всю свою жизнь, начиная с молодости, а затем он начал рассказывать свою позднейшую обыденную жизнь и свои отношения к другим, что больной вообще было хорошо известно. «Здесь повторялось все, что больная знала об этом господине с такой точностью, что на нее напал сильный страх. Больная эта, страдающая и по сие время хроническими галлюцинациями слуха, передает и много других галлюцинаций, которые являются настоящим переживанием прошлого.

Другой больной, алкоголик, страдающий алкогольным галлюцинаторным психозом, рассказывая о своих галлюцинациях, между прочим, записал следующее: «Утром, идя на службу в Сенат, ко мне подошла какая-то женщина и попросила на бедность, но так как у меня не было денег, я отказал ей и хотя ее уже не было, но я все до дверей самого Сената слышал ясно и отчетливо ее голос за собой, «господин студент, помогите мне», даже чувствовал, как она за плечо останавливает меня несколько раз, молящим голосом прося помочь ей».

«На службе в Сенате в этот день мне не было легче, голос женщины попрежнему продолжал назойливо обращаться ко мне, а особенно мучили меня страдания прошлой ночи. Стоило мне подумать, как говорила ночью девочка: «дядя, зарежем его» (это была галлюцинация) и я сейчас же вместо голоса женщины слышал эти слова ясно; или мысленно припомню какую-нибудь фразу, хотя бы, например, сестры своей, которая живет в Томске, и уже слышу: ту же самую фразу кто-то громко произносит около меня точно такой же интонацией и точно таким же голосом».

В этом примере галлюцинаторное воспроизведение пережитых событий выступает не менее резко, нежели в предыдущем случае.

Само собою разумеется, что подобного же рода «галлюцинаторные воспоминания» наблюдаются и в форме

зрительных образов.

Так, один больной, страдавший обыкновенными галлюцинациями, рассказывал, что, переехав на большое расстояние от города, в одном из ресторанов которого он кутил, он вновь увидел всю ту обстановку ресторана, где он сидел за столом вместе со своими товарищами, причем видел в числе других товарищей и самого себя. По словам больного, «все представилось ему так, как было в действительности».

Подобные же зрительные галлюцинации в виде точного воспроизведения виденного и пережитого случались с больным и в другом роде.

Другой из моих больных, страдавших галлюцинаторным помешательством, заявлял, что ночью после того, как он проснется, он начинает слышать с мельчайшими подробностями тот самый разговор окружающих лиц, который он слышал днем. Галлюцинация в этом случае достигала полной объективности, так как больному казалось, как будто бы ему кто-нибудь извне шептал этот разговор.

В эпилепсии мне случалось неоднократно наблюдать, что галлюцинации, воспроизводящие действительно бывшие восприятия, являются в виде особого предвестника приступа. В этих случаях каждый раз падучий приступ начинался повторным воспроизведением в форме галлюцинации воспринятого ранее слухового впечатления. Таким образом, если, например, с больным начинается приступ в то время, когда последнее достигшее до его уха слово из разговора, который он вел с окружающими лицами, было «человек», то это слово «человек» затем воспроизводилось в виде галлюцинации много раз и такое воспроизведение продолжалось до тех пор, пока он совершенно не утрачивал сознания. В других случаях перед каждым приступом стереотипно появляется одна и та же галлюцинация, являющаяся повторением бывшего восприятия.

У одной женщины 42 лет обнаружили обморочные припадки 2 раза. Кроме этого, никаких указаний на падучую не имеется; но у нее обнаруживаются крайне оживленные галлюцинации, которые развиваются следующим образом: больная с самого начала «задумается» и за тем подвергается видениям, а иногда и голосам. Случалось, например, что ей покажется посторонний человек, которого она принимает за действительность, крайне пугается этого, а затем как бы очнется и все проходит, причем больная помнит о всем происшедшем, но как будто виденное оно было во сне. Однажды она услышала голос, приказывающий ей итти на чердак и, повинувшись ему, она, действительно, поднялась на

чердак, где увидела рыжего большого человека, предлагавшего ей веревку. Она испугалась и очнулась. В другие разы она тоже начала подниматься на чердак, но очнулась уже тогда, когда хватилась за скобку. У той же больной нередко оживляются в форме галлюцинаций и прошлые воспоминания. Однажды, например, ей представилась вся обстановка ее собственных родов, т. е. она видела перед собой в галлюцинаторных образах всех лиц, бывших при се родах, а также всю бывшую при этом обстановку и т. п..

К той же категории явлений, по-видимому, относятся и наблюдения, в которых галлюцинации, развивавшиеся перед приступом падучей, являлись воспроизведением сновидений, бывших с больным в предшествующую ночь. Подобные случаи, по моим наблюдениям, вообще не составляют редкости. В одном из моих случаев галлюцинации, олицетворявшие бывшие сновидения, представлялись крайне живыми и сложными. Больной, например, во сне видит себя в поле за посевом (он новобранец из крестьян), видит галок, собирающих в поле зерна, слышит их крики и т. п. И это сновидение во всей своей полноте и с точностью воспроизводится в виде галлюцинаций на следующий день перед наступлением падучного приступа.

В другом случае больной, молодой человек, страдал издавна головными болями. В последнее время стали присоединяться симптомы неврастения; между прочим, он стал спать тревожно и испытывать массу сновидений, которых он по пробуждении припомнить не в состоянии. Но в течение дня, когда у него развивается головная боль, он начинает подвергаться грезам, в которых он узнает бывшие с ним сновидения. Эти грезы отличаются бессвязностью, состоят из линий, лиц и т. п. Хотя по пробуждении от сна он не может установить ни одного сновидения, но теперь он узнает сразу, что это те сновидения, которые с ним происходили в течение предшествующей ночи. Явления эти продолжают уже в течение около года. При этом у больного с объективной стороны не было обнаружено ничего существенного.

В другом случае дело идет о больном, страдавшем органическим поражением мозга на почве бывшего lues'a. Объективно у него обнаруживается опускание левого верхнего века, то усиливающееся, то ослабевающее, по временам двоение в глазах и ограничение поля зрения. Из субъективных жалоб больного обращают на себя внимание головные боли в верхней части головы и за левым виском, которые временами достигают необычайной силы и даже однажды сопровождалась рвотой.

Больной, между прочим, рассказывает, что достаточно ему побывать в бане при повышенной окружающей температуре, особенно если он обливается очень теплой водой, как с ним наступает состояние отупения, при котором он видит то, что ему представлялось во сне, и он начинает в настоящем смысле слова галлюцинировать. В это время он начинает светиться и болтать, что его вообще облегчает, и он быстро приходит в себя. Во время самого видения больной заявляет, что видит то самое, что видел во сне под утро в предшествующую ночь, хотя подробности он помнит смутно, неясно.

В вышеуказанных случаях мы имеем, таким образом, дело с настоящим галлюцинаторным воспроизведением в патологическом состоянии пережитых однажды умственных образов в виде внешнего восприятия или в виде сновидения. Прототипом этого своеобразного патологического явления, что касается по крайней мере галлюцинаторного воспроизведения бывшей действительности, на мой взгляд, может служить воспроизведение действительного восприятия в сонных грезах. Известно, что некоторые лица то, что они видят и слышат днем, переживают ночью во время сна в виде сонных грез или сновидений.

В некоторых случаях это явление обнаруживается в поразительно резкой степени, как показывает, например, нижеследующий случай.

Больная 68 лет, замужняя, без наследственного расположена:, имеет 5 человек детей; при последней беременности получила парез обеих правых конечностей, который с течением времени еще несколько усилился. Объективное исследование показало, кроме правостороннего пареза руки и ноги, еще и легкий парез правого facialis и небольшое отклонение языка вправо, а кроме того, крайне резкое повышение сухожильных рефлексов на правой стороне.

При расспросах выяснилось, что больная уже с детства отличается той особенностью, что во сне она переживает все заинтересовавшее ее в течение дня с совершенной точностью. Таким образом, например, побывав в опере, она каждый раз переживает во сне всю оперу от начала до конца в правильной последовательности со всеми участвующими лицами. Это до такой степени для нее представляется обычным явлением, что супруг ее, шутя, замечает, что ей очень выгодно ходить в театр, так как за одни и те же деньги она прослушивает оперу дважды. Равным образом и все, что больную сильно интересует, или поразит в течение дня, она переживает непременно во сне. Обыкновенно спит она в таких случаях не

очень спокойно и часто пробуждается, причем может рассказать все виденное во сне со всеми подробностями. В остальном сон совершенно нормален. Надо при этом заметить, что больная отличается особенной впечатлительностью и, например, возвращаясь после оперы, она сосредоточивается на своих впечатлениях в такой степени, что раздражается, если ее отвлекают какими-либо вопросами.

Хотя приведенный случай и представляется несколько необычным по крайней живости переживания действительности в форме сонных грез, но известно, что подобное переживание не в столь резкой степени не составляет редкости. Во всяком случае оно может быть поставлено в известную аналогию с переживанием действительности и самих сновидений в галлюцинаторных образах. Сходство обоих явлений увеличивается еще тем, что в отдельных случаях, как это было, например, в последнем из приводимых случаев, состояние галлюцинаций сопровождалось состоянием помрачения и отупения с явлениями амнезии.

Что же касается эпилепсии, в которой также наблюдается галлюцинаторное переживание восприятий, то в наблюдаемых мною случаях оно происходило часто в виде ауры, следовательно, в состоянии уже начинающегося приступа и потому в этих случаях галлюцинаторное переживание может быть также уподоблено сновидному состоянию с переживанием действительности во сне.

Известно, что и в течение больших истерических приступов содержание галлюцинаций нередко составляют бывшие, пережитые ранее больными события.

Из приведенных примеров очевидно, что «галлюцинаторные воспоминания» могут наблюдаться при разнообразных психических расстройствах, как, например, при истерии, эпилепсии, при хроническом алкоголизме, при галлюцинаторном помешательстве и даже при органическом поражении мозга.

Без всякого сомнения такого рода галлюцинаторные переживания прошлого не лишены известного значения с точки зрения патогенеза галлюцинаций, в силу чего они и заслуживают изучения.

**ОБ ОТНОШЕНИИ МЕЖДУ
ПСИХИЧЕСКИМИ И
НЕРВНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ**

Избранные труды
В. М. Бехтерев

В группу психических, или душевных, болезней входят все те

болезненные процессы, в которых преобладающими явлениями служат расстройства со стороны психической, resp. нервно-психической деятельности, иначе говоря, расстройства в области тех отправлений, благодаря которым устанавливается отношение личности к окружающему миру. Из этого определения нетрудно усмотреть, что психические болезни ничуть не выражаются исключительно одними только изменениями в сфере психики (resp. нейро-психики), но что они могут сопровождаться также и другими расстройствами и, между прочим, изменениями со стороны тех или других проводящих функций нервной системы. И действительно, знакомясь ближе с различными формами психических, или душевных, болезней и, в частности, с теми расстройствами, которыми они выражаются, нетрудно убедиться, что в сущности нет или почти нет ни одной психической болезни, в которой рядом с расстройствами психической сферы не обнаруживались бы те или другие нарушения со стороны проводящих функций нервной системы и органов тела, подчиненных деятельности нервной системы, хотя бы и слабо выраженные.

Факт этот становится вполне понятным, если мы примем во внимание, что и те, и другие болезни, т. е. так называемые психические и собственно нервные, относятся к поражению одной и той же нервной системы.

Современная медицина, вопреки недавнему прошлому, даже объединяет между собой психические и нервные болезни, так как выяснилось, что психическая деятельность находится в полной и безусловной зависимости от деятельности высших корковых центров нервной системы и их взаимных связей между собой, в то время как поражение других центров и проводников нервной системы обуславливает разнообразные нервные болезни.

Независимо от этой анатомо-физиологической точки зрения, устанавливающей, так сказать, природную связь между психическими и нервными болезнями, имеются между теми и другими несомненное родство и в этиологическом отношении. Особенно доказательные факты в указанном отношении можно почерпнуть в наследственности. Как известно, в настоящее время точно установлено, что в семьях,отягченных неблагоприятной или патологической наследственностью, мы встречаем, наряду с психическими, также и разнообразные нервные болезни.

С другой стороны, известно, что от лиц, страдавших психическими болезнями, происходит потомство, отличающееся не только теми или другими отклонениями психической сферы, но и поражаемое нервными болезнями, особенно общими неврозами, и, наоборот, от лиц, страдавших

нервными болезнями, особенно общими невротами, обычно происходит потомство, в котором может быть отмечено то или другое количество психопатов.

Словом, между психическими и нервными болезнями существует самое тесное родство, какое только можно себе представить в наследственном отношении.

Равным образом и важнейшие этиологические моменты, помимо наследственности, являются общими для развития психических и нервных болезней. Возьмем для примера травму, нравственный шок, сифилис, разнообразные острые инфекции и другие отравления, а также различные самоотравления. Как известно, все эти условия способствуют в той или иной степени развитию как психических, так и нервных заболеваний. Нередко даже результатом воздействия вышеуказанных причин являются болезни, в которых психические и нервные симптомы представляются как бы смешанными между собою.

Таковы травматические нейропсихозы, нейриты с психическими расстройствами, сифилитические поражения мозга с психическими дефектами, алкогольный ложный паралич и т. п.

Наконец, нельзя не отметить здесь того обстоятельства, что при самых разнообразных психических болезнях при исследовании открываются те или другие нервные расстройства. Это положение справедливо не только по отношению к так называемым органическим психозам, но и к группе истерических, эпилептических, неврастенических, а также в известной мере и к группе дегенеративных и других психозов.

С другой стороны, при многих нервных болезнях, особенно при так называемых общих невротизмах, а также при разнообразных поражениях головного мозга (опухоли, размягчения, кровоизлияния, склерозы и пр.) могут быть открыты те или другие нарушения психической сферы.

Далее родство между психическими и нервными болезнями совершенно ясно устанавливается тем фактом, что в известных случаях нервные болезни осложняются психическими расстройствами. Здесь должны быть упомянуты психозы, развивающиеся на почве табеса, гентингтоновской хореи, геморрагического энцефалита и пр. С другой стороны, имеются болезненные психические формы, в течение которых развиваются те или другие нервные поражения. Сюда относятся артериосклеротические психозы, сифилитические

психозы и т. п.

Мы знаем затем целый ряд болезненных форм, в которых психические и нервные расстройства идут рука об руку в такой степени, что трудно даже решить, куда правильнее относить эти расстройства — к нервным или психическим болезням. Сюда относятся некоторые общие или большие неврозы, как истерия, миастения и неврастения, отчасти эпилепсия, некоторые семейные нервные болезни, сопровождающиеся слабоумием и т. п.

Как известно, по отношению к истерии в последнее время, благодаря трудам Шарко, Мебиуса, Шгрюмпеля, Жане, Реймона и др., все более и более устанавливается взгляд, что несмотря на ряд симптомов, сближающих эту форму болезни с чисто нервными поражениями, она должна быть рассматриваема как психическая болезнь, не потому только, что здесь обнаруживаются чисто психические симптомы, как своеобразные особенности характера, склонность к развитию галлюцинаций, навязчивых идей и т. п., но и потому, что целый ряд симптомов при истерии, на первый раз кажущихся нервными, как параличи, судороги, контрактуры и пр., могут быть вызываемы и устраняемы путем так называемого психического воздействия. В самом деле, если принять во внимание факт, что все главные симптомы истерии могут быть вызваны путем простого внушения и путем внушения же устраняемы, то не имеется оснований сомневаться в психической природе этих симптомов. Но, с другой стороны, остаются еще некоторые проявления истерии, особенно со стороны растительных функций, которые трудно объяснить чисто психическим путем. Ввиду этого мы, руководясь физиолого-химическими исследованиями, склонны смотреть на истерию, как на болезнь обмена, при которой поражается вся вообще нервная система и в особенности ее психические отправления.

С другой стороны, состояние, описываемое под названием различного рода фобий, особенно Экиролем, Фальре, Вестфалем, Крафт-Эбингом, Баллем, Тамбурини, Маньяном, мной, Пит-ром и Режи и др., в последнее время некоторыми из французских авторов, особенно Жане, Реймоном и др., выделяется из обычных форм неврастения под названием психастении. Со своей стороны в русской литературе еще в 1885 г. мною была подробно описана та же форма болезни под названием психопатии или психоневрастении.

Надо при этом иметь в виду, что под формой собственно неврастения понимаются проявления раздражительной слабости и общего подавления нервной системы. При этом с психической стороны обнаруживаются элементарные

симптомы, отражающие общее понижение нервной деятельности в виде быстрой психической утомляемости, внутреннего беспокойства и тоски, излишней склонности к развитию аффектов, неустойчивостью настроения и т. п. К психастении же, гесп. психоневрастении, относятся те болезненные состояния, при которых вышеуказанные физические проявления отступают на второй план и в первую голову выдвигаются совершенно специальные психические расстройства в виде различного рода навязчивых состояний, так называемых фобий и одержимости, в виде поразительного безволия, беспричинной тоски и страха, систематических тиков и т. п. В этиологическом отношении также обе болезненные формы должны быть обособляемы друг от друга, так как первый невроз развивается обыкновенно у взрослых лиц от разнообразных случайных причин физического или нравственного характера, резко ослабляющих нервную систему. При этом имеется нередко и наследственное предрасположение, но оно большей частью незначительно и скрыто, тогда как психастения развивается обыкновенно у лиц, глубоко предрасположенных, приобретших дегенерацию от рождения или по наследству, причем черты ее обнаруживаются уже в сравнительно молодом возрасте.

Как бы то ни было, обе эти формы болезни и в особенности психоневрастения или психастения представляются не столько неврозами, сколько психозами и потому они в последнее время вполне по праву получают название психоневрозов.

Что касается эпилепсии, то мы должны иметь в виду, что, наряду с большими приступами, в которых обнаруживается временная полная утрата нервно-психической деятельности, следовательно, симптом, несомненно, психического характера, и вместе с тем тонические клонические судороги, представляющие симптом нервного характера, имеются обыкновенно и приступы малой или так называемой психической эпилепсии, при которой все явления протекают в так называемой психической сфере. Если мы затем примем во внимание существование особых изменений характера у эпилептиков, частое развитие психической слабости и временное появление психических расстройств в форме так называемых эпилептических психозов, то станет понятным, что мы здесь имеем дело с таким неврозом, при котором чисто нервные симптомы нередко уступают по своей силе и по значению симптомам психического характера.

Кроме того, нельзя не принять во внимание, что настоящий психоз, как и психоневроз, сближаются между собой не только потому, что симптомокомплекс тех и других представляет много общего между собой, но вместе с тем и

потому, что общие психоневрозы дают основание к развитию так называемых переходных или смешанных форм. И в самом деле, неврастения, психастения, меланхолия, ипохондрия и даже истерия в начале своего развития имеют вообще так много общего между собой, что требуется нередко продолжительное наблюдение, чтобы окончательно остановиться на том или другом диагнозе.

Если мы затем углубимся в патогенез заболеваний, известных под названием психоневрозов или больших неврозов, то должны будем иметь в виду главным образом то или другое нарушение обмена, приводящее к изменению функций нервной системы вообще и мозговой коры в особенности. По крайней мере этот взгляд, основывающийся на исследованиях обмена веществ, в последнее время приобретает все более и более прав и по отношению к так называемой гениальной эпилепсии. Равным образом имеются ясные указания и на зависимость истерии и неврастения от нарушения в обмене веществ.

С другой стороны, многие из психических расстройств, особенно меланхолия, мания, острая аменция и некоторые другие, также в основе своей имеют нарушение в обмене веществ, в пользу чего по крайней мере могут быть приведены многие данные.

Итак, не может быть сомнения, что психические болезни и общие нервные, а в частности, черепно-мозговые болезни в патолого-биологическом смысле представляют собой если не одно целое, то во всяком случае трудно обособляемые друг от друга области патологии, вследствие чего они нередко и изучаются в курсе медицинских наук в одной клинике, разделенной на два отделения, из которых одно служит для психических, а другое для нервных больных.

Переводя на практический язык все вышесказанное, можно утверждать без риска впасть в преувеличение, что нельзя претендовать на основательное изучение психических болезней без знакомства с нервными болезнями и, с другой стороны, нельзя быть хорошим невропатологом, не будучи знакомым и с психическими болезненными состояниями.

Тем не менее практическая важность обособления психических больных от больных всех других категории и в том числе нервных приводит к необходимости выделения психических больных как от нервных, так и от иных соматических больных. В этом отношении мы должны сказать, что хотя и невозможно во многих случаях строго научное обособление психических болезненных состояний от нервных, но в практических видах все те случаи, где

изменения психической сферы обнаруживаются в течение всего болезненного состояния и где они имеют преобладающее значение, можно признавать психическими болезнями, тогда как другие поражения нервной системы, в которых психические изменения играют меньшее значение по сравнению с нервными или представляются эпизодическими в течение болезненного состояния, могут и должны быть признаваемы нервными болезнями.

На том же основании и некоторые соматические заболевания, например, тифы и др., несмотря на частое обнаружение в течение болезни ясных симптомов со стороны нервно-психической сферы, не относятся к категории психических заболеваний.

Та тесная связь, которая существует между психическими и нервными болезнями, естественно, сближает психиатрию с остальной медициной, так как нервные болезни всегда стояли в тесной связи с другими медицинскими науками. Но не в меньшей, если еще не в большей мере психиатрию сближают с остальными медицинскими науками новейшие взгляды на происхождение многих психических болезней, как на результат самоотравления организма.

С этим вместе для огромного большинства психических заболеваний должно быть признано, что лежащее в основе их поражение мозговых функций не является первичным и самостоятельным, а обуславливается аутоинтоксикациями и действием токсических начал, поражающих весь вообще организм и в том числе нарушающих функции высших центров нервной системы и их сочетательных связей. Иначе говоря, дело не идет в этих случаях о первичном поражении собственно головного мозга, а о поражении всего организма; самые же психические болезни являются совокупностями функциональных расстройств или связанных с общими условиями жизнедеятельности организма и нарушением его отправления в форме аутоинтоксикации того или другого рода, или связанных с влиянием общей инфекции и действием тех или других токсинов на мозг. В этих случаях изменения, происходящие в мозгу, могут быть рассматриваемы лишь как производные основного поражения организма, имеющего свою этиологию, свое развитие, течение и даже исход в той мере, в какой на него не оказывают влияния те или другие терапевтические мероприятия.

Если такие органы, как центральная нервная система, при этом поражаются в большей степени, чем другие части организма, то это может обуславливаться самой инфекцией или аутоинтоксикацией и избирательным ее свойством подобно другим ядам, обладающим этой особенностью, далее,

— чрезвычайной нежностью самой ткани мозга, особыми функциональными и иными условиями, ставящим мозг при данных условиях в положение *locus minoris resistentiae*, индивидуальными особенностями данного организма, приобретаемыми по наследству и условиями прошлой жизни и т. п.

При этом и те анатомические изменения в мозгу, которые открываются в такого рода случаях, лишь в известном числе являются непосредственными виновниками психических расстройств, чаще же они служат производными аутоинтоксикации, как и те психические расстройства, которые являются ее последствием. Дело идет в этом случае об изменении состава крови и развитии в ней химических продуктов и токсинов, которые, отравляя нервную ткань, с одной стороны, вызывают в ней расстройство функциональной деятельности, а с другой, действуя в течение известного времени в виде более или менее длительных влияний, вызывают изменения мозговой ткани.

В этих случаях последние нам не могут служить объяснением болезненных симптомов, как изменения мозговой ткани при введении в организм внешних, так называемых интеллектуальных ядов не объясняет нам тех функциональных расстройств нервно-психической сферы, которые ими обуславливаются. Дело в том, что интоксикации, как и аутоинтоксикации могут вызывать функциональные расстройства деятельности мозговых клеток, производя временные изменения в мозговом кровообращении и динамические изменения в питании клеток мозга без стойких структурных их изменений. Если впоследствии при хронических отравлениях в клетках и обнаруживаются уже более-стойкие структурные изменения, то они являются последствием продолжительного нарушения питания и отравления клеток и, следовательно, сами по себе как явления вторичные не могут быть принимаемы за основу функциональных расстройств психической сферы.

К этому следует добавить, что и изменения нервной ткани, производимые различными ядами, могут быть более или менее сходственными и даже одинаковыми, так как в сущности влияние ядов не столько действует непосредственно на протоплазму клетки, сколько на условия ее питания, нарушение которых и приводит к более или менее одинаковым изменениям структуры клетки, несмотря на различие действия ядов.

Само собой разумеется, что упомянутые структурные изменения мозговых клеток, обусловленные аутоинтоксикациями, не безразличны для нервно-

психических отравлений, но мы большей частью не можем с определенностью указать их значение в общей картине заболевания, пока дело не идет о невознаградимой атрофии нервных клеток и волокон, сопровождающейся развитием слабоумия.

Все вышеизложенное приводит нас к выводу, что корни душевных болезней, если исключить сравнительно редкие случаи психических расстройств, обусловленных травматическими повреждениями черепа, лежат не в головном мозгу, а в нарушении жизнедеятельности организма, обусловленном теми или иными внутренними дефектами или внесенными извне общими болезнетворными началами, причем от всех других болезненных состояний они отличаются лишь тем, что в результате нарушенной жизнедеятельности организма выдвигается на первый план по резкости внешних проявлений функциональное или органическое нарушение деятельности мозга, приводящее к психическим расстройствам.

Только что изложенное сближает психические болезни с общими соматическими болезнями, так как здесь, как и в обыкновенных болезненных процессах, дело идет также об общих аутоинтоксикациях или интоксикациях организма, влиянию которых подвергаются по преимуществу высшие центры головного мозга, заведующие психическими отправлениями, тогда как сопутствующие им соматические расстройства оказываются крайне слабо выраженными и мало заметными.

Из вышеизложенного очевидно, что следует совершенно отказаться от анатомического принципа в объяснении разнообразных психических расстройств, наблюдаемых при душевных болезнях. Как бы тонки ни были современные методы исследования нервной ткани мозга, они в большинстве случаев открывают нам в сущности лишь результаты действия на мозг аутоинтоксикаций и интоксикаций, которые, отравляя нервную ткань, собственно и лежат в основе психических расстройств, а не те анатомические изменения, которые являются результатом их воздействия на мозг. Иначе говоря, основа душевных или психических болезней должна быть патологофизиологическая, а не патологоанатомическая, причем последние если и играют роль в развитии психических расстройств, то лишь роль вторичного, а не первичного фактора. При этом, конечно, не умаляется и значение патологоанатомических изменений мозговой ткани, особенно в случаях, где как в органических психозах, они достигают крайне резкой степени своего развития и приводят к местным или разлитым разрушительным процессам, но тем не менее и

в большинстве органических психозов патологоанатомические изменения мозговой ткани не составляют первичной основы патологического процесса, часто поражающего весь организм или по крайней мере коренящегося в поражении внечерепных органов.

Все вышесказанное должно существенным образом влиять, с одной стороны, на клиническое исследование и распознавание душевных болезней, с другой стороны, на их терапию.

Прежде всего необходимо отрешиться от того взгляда, что проявления психических болезней, как мы их наблюдаем в клинике, служат выражением анатомических изменений мозга, и, следовательно, нет основания доискиваться и анатомической основы в разделении психозов, несмотря на сделанные в этом отношении попытки со стороны известных психиатров.

Сами по себе психические расстройства или симптомы в виде психического возбуждения, угнетения и безразличия, в виде иллюзий и галлюцинаций, в виде нарушений в закреплении и оживлении следов, в виде расстройств сочетательной деятельности, ненормальных влечений и т. п. еще не говорят нам о сущности данного заболевания, как и другие симптоматические состояния из области внутренних болезней, например, водянка, желтуха, кашель и т. п., не говорят нам о сущности того болезненного процесса, который лежит в их основе. Поэтому в симптоматическом отношении в известные периоды могут представлять внешнее сходство совершенно различные душевные болезни, а потому для правильной оценки психического расстройства ничуть не достаточно довольствоваться только наблюдением одних симптомов душевной болезни и выдвигать их как основу для диагностики душевных болезней, как это делается многими еще и по сие время.

Напротив того, только наблюдение всей совокупности симптомов, как психических, так и физических, та или другая смесь этих симптомов, их сочетание и течение, а равно и исследование всего организма с физической стороны и, между прочим, в отношении его наследственного и, в частности, семейного расположения, в отношении его возраста и телесного и умственного развития, в отношении присутствующих в организме отклонений или его индивидуальных особенностей, в отношении ранее перенесенных физических и психических болезней, а также бывших ранее излишеств того или иного рода или иных отягчающих моментов дают тот материал, при сопоставлении которого мы получаем возможность правильно оценивать

данное психическое заболевание.

Если при этом остается невыясненным для нас действительный источник развития болезненного психического состояния, то во всяком случае, приняв во внимание все вышеуказанные данные, мы характеризуем всю совокупность условий и внешних особенностей данного болезненного состояния, причем можем быть уверены, что при совпадении этих условий в другом организме и при общем сходстве внешних проявлений психоза мы встретимся с одинаковым по существу психическим заболеванием, хотя бы его внешние проявления в зависимости от тех или других случайных моментов и представляли некоторые своеобразные особенности и отличия.

Что касается терапевтического вмешательства при психозах, то необходимо помнить, что все наши мероприятия, направленные к успокоению болезненных симптомов, к устранению бессонницы, отказа от пищи и т. п., суть лишь симптоматические средства, которые могут облегчать течение болезни, но не искоренять самую болезнь. Для последней цели необходимо все внимание направить на самую основу болезни и, где это возможно, попытаться ее устранить. Если же основа болезни остается скрытой или неустранимой, то необходимо позаботиться по крайней мере о лучшем питании и об улучшении обмена веществ находящимися в нашем распоряжении средствами, об исправном содержании желудочно-кишечного канала и т. п., чтобы дать больному организму самому лучше справиться с теми нарушениями в обмене веществ и с аутоинтоксикацией, которые лежат в основе данного психического заболевания.

Само собой разумеется, что правильное нозологическое выяснение душевных болезней должно соответственным образом влиять и на индивидуальную и общественную профилактику подобного рода психических расстройств, так как последняя возможна только с распознаванием или по крайней мере предугадыванием истинной причины заболевания.

Равным образом и предсказание относительно дальнейшего течения и исхода душевной болезни стоит в прямой зависимости от правильного нозологического распознавания болезни, причем, однако, всякий раз должны быть приняты во внимание условия содержания и течения болезненного состояния. Дело в том, что каждая болезнь, предоставленная самой себе, должна иметь свое особое течение и исход. Те болезни, сущность которых находится во временном нарушении функций организма, состоящем в зависимости от каких-либо случайных внешних причин, обыкновенно

заканчиваются по истечении известного времени полным выздоровлением и можно быть уверенным, что больному не грозит впредь новое заболевание, если, конечно, не повторятся те внешние причины, которые вызвали первоначальную болезнь; в других же случаях, где причины болезни коренятся в особых нарушениях обмена, связанных с периодически обостряющимся нарушением функционирования тех или других органов, мы имеем поразительную склонность болезни к возвратам, вследствие чего больному, освободившемуся от одного из приступов болезни, судьба грозит в будущем новыми и новыми болезненными приступами той или иной длительности.

В других случаях болезненное состояние, имеющее в своей основе неустранимое нарушение обмена и настоящую аутоинтоксикацию, коренящуюся не в случайных внешних причинах, а во внутренних условиях организма, роковым образом затягивается на более долгое время и заканчивается более или менее глубоким слабоумием. Наконец, в известном ряде случаев мы имеем дело с такой основой болезни, которая, будучи в корне неустранимой, постепенно все более и более подтачивает умственные и физические силы больного, причем болезнь, принимал прогрессирующее течение, закапчивается не только более или менее полным психическим распадом, но и летально.

Все эти различия в ходе и развитии душевных болезней стоят в прямой связи с истинной основой болезненного процесса к с условиями возникновения и дальнейшего развития, а не с внешними проявлениями отдельных симптомов, а потому и в профилактическом отношении должно играть большое значение распознавание истинной природы заболевания, а не внешних только проявлений болезни.

О МАНИАКАЛЬНО- МЕЛАНХОЛИЧЕСКОМ ПСИХОЗЕ

Избранные труды
В. М. Бехтерев

(К вопросу о соотношении между маниакальными и меланхолическими состояниями)

Как известно, за последний период времени старое учение о мании и меланхолии, ведущее свое начало исстари, еще со времен Гиппократов, переживает свой кризис в том смысле, что Крепелин и его школа на основании клинических наблюдений стали отвергать существование прежде принимавшихся всеми авторами непериодических форм мании и меланхолии, признавая все вообще формы мании и меланхолии за периодические, образующие вместе с так называемым циркулярным психозом, альтернирующим и двойственным психозом (folie a double forme) одну общую

клиническую форму маниакально-депрессивного психоза.

Правда, по отношению к меланхолии Крепелин первоначально был менее решительным, нежели по отношению к мании, так как до позднейшего времени в своей классификации удерживал еще так называемую инволюционную или климактерическую меланхолию как особый психоз непериодического характера, но с выходом работы Дрейфуса, нанесшей окончательный удар обособлению инволюционной меланхолии в виде самостоятельного психоза, и в этом отношении произошли изменения взглядов автора в том смысле, что все вообще формы меланхолии, как и все формы мании, должны быть признаваемы за периодические и относятся к маниакально-депрессивному психозу.

В сущности школа Крепелина, включая его многих последователей, в числе которых нельзя не упомянуть Шпехта, Вильманса, Дрейфуса и др., все функциональные психозы сводит к двум большим клиническим формам: к dementia praecox с ее разновидностями и к маниакально-депрессивному психозу, к которому Вильманс относит, между прочим, и случаи циклотимии (Геккера). Но и между этими двумя формами оказалось так много общего, что потребовалось немало усилий, чтобы провести и установить дифференциально-диагностические признаки между той и другой. При этом выяснилось, что не малое число случаев должно было войти в группу смешанных случаев маниакально-депрессивного психоза, к которой, естественно, отошли многие из случаев dementia praecox с более благоприятным течением. Такому расширению понятия о маниакально-депрессивном психозе много содействовали работы Шпехта и Вильманса в 1907 г., а также исследования Дрейфуса, высказавшегося как мы видели, с решительностью против обособления так называемой инволюционной или климактерической формы меланхолии в особый психоз.

Шпехт в своей позднейшей работе, которая вышла уже после известной работы Дрейфуса, настойчиво доказывает, вопреки взгляду Циена, Вестфаля и Кельпина, что инволюционная или климактерическая меланхолия относится также к маниакально-депрессивному психозу. Автор приходит к этому выводу на основании анализа симптомов ажитированной меланхолии, под видом каковой обыкновенно и протекает инволюционная меланхолия. Как известно, большинство авторов наблюдаемые при этой болезни симптомы возбуждения объясняли страхом, благодаря чему Вернике даже обозначал этот психоз именем Angst-melancholie (меланхолия страха). Но автор оспаривает это мнение, признавая, что ажитация здесь является результатом присоединения маниакального

элемента к меланхолической картине, смесь же того и другого состояния именно и характерна для маниакально-депрессивного психоза, тогда как периодичность того и другого стоит уже на втором плане..

Вышеуказанное наблюдение, ведущее нас к клиническому синтезу, имея на своей стороне многих горячих защитников, до сих пор не остается без противников, к которым следует отнести Жолли, Циена, отчасти Вестфаля, Кельпина и целый ряд других авторов, высказывающихся частью против самого учения о маниакально-депрессивном психозе, частью только против его расширения, допускаемого в последнее время школой Крепелина.

В числе последних исследований, относящихся к занимающему нас вопросу, нельзя не отметить работы Урштейна, который восстает главным образом против смешанных состояний. Он находит, что виной всего этого учения о смешанных состояниях (Mischzustande) является переоценка маниакально-депрессивных симптомов и умаление кататонического симптомокомплекса.

Автор держится того взгляда, что маниакально-депрессивные симптомы могут наблюдаться при всевозможных психозах и тем не менее они ничуть не могут исключать этих психозов, как и *dementia praecox*. Так, у целого ряда больных, дошедших до состояния кататонического слабоумия, автор описывает явления, считающиеся характерными для маниакально-депрессивного психоза, причем состояние душевной пустоты (интрапсихического торможения) автор даже признает характерным для *dementia praecox*. С другой стороны, он находит, что ни периодичность, ни богатая смена возбуждения и угнетения не дают основания признавать существование особого маниакально-депрессивного психоза.

Точно так же автор отвергает и взгляд Дрейфуса об исключении старческой меланхолии из числа особых психозов, кроме случаев, относящихся к поздним формам *dementia praecox*.

Мы не будем здесь входить в подробности других многочисленных литературных разноречий по вопросу о маниако-депрессивном психозе, которые и до сих пор не могут считаться окончательно устраненными.

Заметим лишь, что обширная литература по этому вопросу, полная и до сих пор еще страстных споров, без сомнения, указывает, что развитие учения о маниакально-депрессивном психозе еще не завершило своего естественного цикла, а потому нам кажется нелишним еще раз остановиться на

некоторых спорных вопросах этого учения.

Первый вопрос, связанный с учением о маниакально-депрессивном психозе, который возбуждал много споров, это — вопрос об отсутствии непериодических форм мании и меланхолии, до сих пор не может считаться окончательно решенным особенно для меланхолии.

Бесспорно, что периодические формы меланхолии и мании встречаются значительно чаще, нежели непериодические, но все же последние, по-видимому, не могут быть исключаемы совершенно.

Дело в том, что в некоторых случаях и мания, и меланхолия, развиваясь впервые в инволюционном периоде или даже в молодом возрасте, не обнаруживают никакой склонности к повторным возвратам и случается, что больной, заболев однажды меланхолической формой, доживает до глубокой старости, не обнаружив никаких признаков возобновления психоза в последующей жизни.

В других случаях впервые психоз в форме меланхолии или мании обнаруживается в молодом возрасте и затем не возобновляется вовсе в течение всей последующей жизни или же если и возобновляется, то иногда лишь в другом критическом возрасте, например, в инволюционном периоде, во время климактерия, следовательно, спустя 20—30 лет после первого заболевания, причем психоз остается иногда неизлеченным, а если протекает благоприятно, то после этого может уже не возобновиться совершенно.

В таких случаях может ли быть речь о периодичности психоза в настоящем смысле слова и неуместно ли было бы говорить лишь об известном предрасположении к развитию психоза рецидивированию его, а не о периодическом психозе.

Очевидно, что, не прибегая к натяжкам, трудно говорить в этих случаях о периодическом психозе по самому существу, так как в противном случае понятие периодичности утрачивает всякое ограничение.

Действительно, были даже попытки утверждать для тех случаев, когда психоз развился однажды и не возобновлялся в течение всей дальнейшей жизни человека, что в данном случае периодичность его была пресечена смертью, что, если бы не наступила смерть, психоз наверно бы возобновился. Но такие утверждения, во-первых, без греха против логики можно применить и к другим излечимым психозам, во-вторых, эти утверждения совершенно не считаются с возможностью настолько прочного улучшения в деятельности нервно-

психических функций организма после однажды перенесенного психоза, что для возобновления того же психоза уже не имеется благоприятной почвы.

Мы не будем здесь останавливаться на клинических проявлениях периодических психозов, которые, как известно, отличаются нередко некоторыми особенностями, дающими возможность отличать эти психозы от непериодических психозов.

Сюда относятся такие особенности клинического течения периодических психозов, как возникновение отдельных приступов болезни без особых внешних поводов, сходство отдельных приступов в развитии и течении, повторность приступов через более или менее правильные промежутки времени, быстрое начало и быстрое обрывание приступов, относительная краткость отдельных приступов, существование коротких просветлений в течение приступов и неполнота нервно-психического здоровья в промежутках между приступами периодических форм и, наконец, существование abortивных кратковременных приступов психоза в течение так называемых светлых промежутков и т. п.

Дело в том, что эти признаки, как упомянуто, дающие возможность в известных случаях клинически различать периодические психические расстройства от непериодических, сами по себе, по утверждению некоторых авторов, не могут считаться настолько постоянными, чтобы могли руководить нас везде и всюду в распознавании периодических психозов.

Таким образом, и этот признак, который мог бы нас руководить в решении вопроса о периодичности мании и меланхолии, отпадает. Но если с новым учением совершенно стираются те основные признаки, по которым ранее обособлялись периодические психозы от непериодических (повторность и клинические особенности), то не подлежит сомнению, что новое учение не внесло в науку и убедительных данных в пользу всегдашней периодичности мании и особенно меланхолии.

Как известно, и ряд статистических исследований, предпринятых различными авторами, между которыми мы упомянем работы Майзера, Шотта, Липшица, Кельпина, Сэза, Суханова и Ганнушкина, Ламбронци, Гинриксена, Кауппа, Пейксото, Пераццоло, Гуччи, Рама, Уокера и др., не решает этого вопроса в положительном смысле.

Напротив того, в вышеуказанных статистических работах

отмечается с постоянством тот или другой, во всяком случае не малый процент однократных заболеваниях манией и меланхолией.

Отсюда, казалось бы, можно было сделать вывод, что не всегда маниакальные и меланхолические формы протекают периодически, что имеются и непериодические формы тех же психозов. При этом, однако, несомненно, что как меланхолия, так и мания в значительном числе случаев развивается у лиц, носящих в своем организме известное предрасположение к повторному заболеванию.

Признав этот факт, мы не имеем в то же время никаких оснований делать различия по существу между периодическими и непериодическими формами меланхолии и мании.

Как известно, многие авторы в своих классификациях душевных болезней периодические психозы выделяли от обыкновенных в особую группу, основываясь, очевидно, на существенных различиях между теми и другими в смысле этиологии, развития, течения и предсказания.

Эта точка зрения мне казалась всегда ошибочной, в силу чего в классификации душевных болезней, вышедшей еще в 1887 г., периодические формы мании и меланхолии были отнесены мною к той же группе, в которой помещены и обыкновенные психозы.

Это объединение периодических и непериодических психозов в одной группе имеет в виду то предположение, что в основе и тех, и других психозов лежит одно и то же болезнетворное начало с тем лишь различием, что при периодическом психозе оно присутствует непрерывно в организме, причем его действие затихает лишь временно и затем вспыхивает вновь, тогда как при непериодическом психозе основное болезненное начало обнаружило при известных условиях свое действие на организм, но затем происшедшее расстройство компенсировалось в такой мере, что оно уже не в состоянии проявлять своего действия по крайней мере до тех пор, пока не наступят какие-либо сильные внешние влияния, которые могут вновь вывести организм из равновесия.

Ясно, что если в периодических и непериодических психозах мы вынуждены признавать однородное болезнетворное начало с тем лишь различием, что в одних случаях оно не исчезает бесследно из организма, а вновь заявляет о себе в известные периоды времени, тогда как в других случаях оно возникает в организме лишь временно при известных условиях и затем компенсируется более или менее

окончательно, то не может быть различия между теми и другими психозами по существу, а дело идет лишь о различии в смысле более стойкого и менее стойкого расположения к болезненным проявлениям.

Таким образом, хотя и не исключается нами существование непериодических форм меланхолии и мании, но мы высказываемся в смысле объединения периодических и непериодических форм мании и меланхолии, не придавая вопросу о периодичности того значения, которое ему часто приписывается авторами.

С другой стороны, как известно, благодаря учению Крепелина ныне устанавливается объединение меланхолических и маниакальных форм между собой. Уже и прежде, как известно, меланхолия и мания вмещались обыкновенно в одну группу острых психозов или психоневрозов по Крафт-Эбингу, но Крепелин объединил прежние состояния меланхолии и мании, рассматривавшиеся, как самостоятельные формы, в одно целое вместе с циркулярными психозами под общим названием маниакально-депрессивного психоза.

Основанием для этого, кроме отрицания непериодических форм мании и меланхолии, послужило существование переходных форм между манией и меланхолией. Хотя на первый взгляд и кажется, что меланхолия и мания представляют противоположности друг другу, но в действительности между теми и другими имеются переходные состояния, известные под названием смешанных форм.

К этим смешанным формам относится, между прочим, известная уже издавна «гневная мания», где, наряду с ускорением ассоциаций и двигательным возбуждением, имеется не столько веселое расположение, сколько раздражительность, гневливость и недовольство окружающим. К таким же смешанным формам относится так называемая депрессивная мания, где имеется двигательное возбуждение и где одновременно имеется отрицательное колебание чувственного тона, причем поражает бедность и однообразие ассоциаций. Далее, сюда же относится так называемая «непродуктивная мания», т. е. мания, не сопровождающаяся быстрой сменой ассоциаций, где, по Крепелину, дело идет даже о замедленном восприятии и образовании сложных концепций. В этих формах можно видеть как бы сближение мании с меланхолией. Но имеются и другие смешанные формы, которые сближают меланхолию с манией. К ним относятся, по Крепелину, «маниакальный ступор», т. е. состояние, когда при оцепенелости у больных обнаруживается улыбка или ирония. Сюда же относится

«депрессивное состояние с ускорением в течении идей», когда у больных при дурном настроении происходит такой наплыв мыслей, что больные по их заявлению не могут ими управлять, причем здесь наплыв мыслей не может лишь выражаться внешним образом, вследствие задержки в речевом аппарате. Кроме этих форм, Крепелин рассматривает еще смешанную форму, которую он называет «маниакальной задержкой» и при которой, наряду с хорошим настроением и облегченным ходом ассоциаций, имеется психомоторная задержка. Дело идет здесь, следовательно, о маниакальном состоянии без двигательного возбуждения.

Эти смешанные состояния признаются как промежуточные или переходные формы между меланхолией и манией, благодаря чему та и другая как бы связываются между собой множеством переходных форм. К этим промежуточным формам можно было бы присоединить еще состояние, известное под названием так называемой «активной меланхолии», где имеется резкое угнетенное состояние и одновременно двигательное возбуждение и, с другой стороны, всем известный *raptus melancholicus*, являющийся примером аффекта, при котором совмещается отрицательный тон с резким двигательным возбуждением. Но возникает вопрос, имеют ли эти смешанные состояния на самом деле то значение, которое им приписывает школа Крепелина.

Выше мы видели, что Шпехт в вопросе о маниакально-депрессивном психозе существование смешанных состояний выдвигает даже на первый план, периодичность же ставит на втором плане и тем самым считает возможным отпарировать возражения, опирающиеся на существование непериодических форм меланхолии и мании.

Таким образом, очевидно, что эти смешанные состояния играют особо видную роль в объединении мании и меланхолии в одну клиническую форму под названием маниакально-депрессивного психоза.

Однако что могут доказывать переходные формы в таком частном вопросе, как вопрос о родстве между меланхолией и манией.

Дело в том, что переходные, resp. смешанные, формы имеются везде и всюду, так как природа вообще не делает скачков. Какой бы психоз мы вообще не взяли, мы всегда найдем множество переходных форм между ним и другими психозами.

Не подлежит сомнению, что имеются переходные формы даже между меланхолическим психозом и паранойей, что уже

и привело некоторых последователей нового учения к отрицанию самостоятельности столь типического психоза, как хроническая параноя. Нетрудно затем указать и переходные формы между тем же маниакально-депрессивным психозом и dementia praecox, чему свидетельством служат те затруднения в диагнозе, с которыми мы иногда в этих случаях встречаемся. Равным образом нетрудно указать на переходные формы между dementia Meynertia и галлюцинаторной формой dementia praecox, между сифилитическим психозом и dementia paralytica, между эпилепсией и истерией и пр. Да и может ли быть иначе, если дело идет в этих случаях собственно о реакциях больного организма на болезнетворные начала, а не о различии этих самых начал. Таким образом, развивая далее учение о переходных или смешанных формах, мы могли бы установить известное родство даже между далеко отстоящими друг от друга болезненными формами.

По изложенным основаниям мы не считаем в какой-либо мере особенно убедительным доказательством существования смешанных или переходных маниакально-меланхолических состояний в пользу признания маниакально-депрессивного психоза. Гораздо большее значение, по нашему мнению, имеют другие клинические данные и факты, которые не оставляют сомнения в близком соотношении маниакального и меланхолического состояния.

Одно из существенных данных, говорящих в пользу вышеуказанного соотношения, мы видим в клинически часто констатируемом переходе или превращении состояний угнетения в состояние возбуждения и, наоборот, даже при непериодическом течении болезненного состояния с характером мании или меланхолии. Так, уже давно известно, что маниакальный психоз начинается почти обычно стадией угнетения, которое может быть более или менее резко выраженным и которое может быть различной длительности.

В отдельных случаях стадия угнетения может затягиваться на более или менее продолжительное время, а иногда как я мог наблюдать в отдельных случаях, период угнетения даже затягивался на несколько месяцев. В этом случае собственно психоз протекал в форме двух фаз — меланхолической и маниакальной, причем и та, и другая фаза продолжались в течение нескольких месяцев, после чего психоз проходил окончательно не обнаруживая тенденции к возобновлению приступов как это наблюдается в случаях folie a double forme. Дело шло, таким образом, о двойственном психозе непериодического характера, в котором фаза меланхолическая сменялась маниакальной фазой. В других случаях, как известно, вслед за маниакальной фазой психоза

следует фаза угнетения или утомления, как называли ее прежде. В этом случае вслед за прекращением маниакального состояния больной не сразу переходил в нормальное состояние, а перед выздоровлением обнаруживался более или менее длительный период угнетения, пока больной окончательно не переходил в выздоровление. И здесь должно отметить случаи, в которых вслед за маниакальными приступами следовал продолжительный приступ меланхолического угнетения, за которым уже наступало окончательное выздоровление, хотя опять-таки дело шло о психозе, не сопровождающемся повторением приступов, состоящих из двух фаз, как это мы имеем в случаях *folie a double forme*. С другой стороны, в отдельных случаях и после тяжелых меланхолических состояний перед окончательным выздоровлением больных наблюдается иногда очень ясно выраженная стадия маниакального оживления, степень и продолжительность которой представляются в отдельных случаях не одинаковыми.

Далее, в случаях повторного развития приступов мании, т. е. при несомненно периодической мании мы встречаемся иногда со случаями, где в промежутках между приступами мании может оказаться приступ меланхолического состояния и, наоборот, в случаях повторного развития приступов меланхолии, resp. при несомненно периодической меланхолии между приступами с меланхолическим угнетением в тот или другой период времени, может оказаться приступ мании. Наконец, чередующийся психоз (*folie alterne typique*), двойственный периодический психоз (*folie a double forme*) и круговой психоз (*folie cir-culaire*) снова представляют собой периодическую смену маниакального и меланхолического состояния, но в уже более явной и для всех очевидной форме.

И в этих формах можно почерпнуть многое достойное внимания для выяснения близкого родства между меланхолическими и маниакальными состояниями. Так, останавливаясь прежде всего на чередующемся (*folie alterne*) и двойственном психозе (*folie a double forme*), необходимо иметь в виду, что далеко не всегда дело обстоит с приступами столь правильно, как это обыкновенно принято думать. В случаях *folie alterne typique* возможны случаи, когда правильная смена приступов возбуждения и приступов угнетения со свободными между ними промежутками нарушается благодаря тому, что иногда следуют один за другим два приступа возбуждения или два приступа угнетения, разделяемые свободными промежутками, после чего снова устанавливается правильное чередование приступов угнетения и возбуждения.

Далее, при двойственном психозе (*folie a double forme*) мы встречаем прежде всего чередование приступов в таком виде, что первоначально наступает маниакальное состояние, за которым следует период угнетения и затем свободный промежуток времени, в других же случаях дело происходит как раз наоборот, иначе говоря, приступ начинается меланхолическим состоянием и сменяется затем маниакальным, после чего уже наступает свободный промежуток времени. Нам всем известно, что в развитии приступов этого психоза наблюдаются те или другие неправильности. Так возможно, что вслед за приступом возбуждения и угнетения может последовать непосредственно вновь приступ возбуждения и затем уже наступает светлый промежуток или, наоборот, дело начинается иногда периодом угнетения, за которым следует период возбуждения, а за последним вновь непосредственно следует угнетение, сменяющееся светлым промежутком. Иногда же в промежутках между двойными приступами следует одиночный сильно затянувшийся приступ возбуждения или же одиночный приступ угнетения. Нечего говорить, что ни длительность отдельных периодов возбуждения и угнетения, ни длительность светлых промежутков между приступами также большей частью не отличаются большой правильностью.

Заслуживает также внимания факт, что как в двойном психозе, так и в циркулярном психозе обыкновенно чем резче бывает маниакальный приступ, тем глубже и психическое угнетение в последующем периоде и наоборот.

С другой стороны, известно также, что чем более значительна степень возбуждения и угнетения в отдельных приступах, тем они бывают в общем короче и, наоборот, чем менее они бывают выражены, тем они бывают более длительными.

Наконец, не лишена известного значения и быстрота смены одного состояния другим, которая происходит иногда в течение не более нескольких часов.

Все это такие клинические факты, которые гораздо более, нежели так называемые смешанные состояния, с нашей точки зрения, далеко не заслуживающие того внимания, которое им уделяют позднейшие авторы, доказывают как клиническое, так и генетическое родство между собой и последнее даже больше, нежели первое.

Выше уже была речь о том, что в вопросе об этом родстве не имеет существенного значения и признание или непризнание непериодических форм мании и меланхолии.

Ввиду вышеприведенных фактов не остается сомнения в том, что как для непериодических и периодических форм мании, так и для непериодических и периодических форм меланхолии должно быть принято одно болезнетворное начало с тем лишь различием, что в случаях непериодического течения психоза условия для проявления действия болезнетворного начала развиваются под влиянием того или иного случайного толчка, тогда как в случаях периодической мании и меланхолии в организме имеются условия для периодического возобновления действия того же болезнетворного начала, с другой стороны, и для сменяющихся состояний мании и меланхолии, как круговой психоз и его разновидности, а следовательно, и вообще для мании и меланхолии должно быть признано одно болезнетворное начало. Иначе, т. е. становясь на точку зрения двух болезнетворных начал, одного для мании и другого для меланхолии, нельзя понять, вследствие каких условий в организме происходит своеобразная игра двух болезнетворных начал, из которых одно в известных случаях не только сменяет другое, но и соотнобразуется с первым по силе действия и даже по продолжительности действия и притом сменяет часто непосредственно, так что одно болезненное состояние переходит в другое иногда в течение нескольких часов, а иногда и того менее. Напротив того, приняв и для маниакальных, и для меланхолических приступов одно и то же болезнетворное начало в организме, смену одного состояния другим, мы можем поставить в зависимость от степени действия болезнетворного начала. Мы знаем, что действие всякого яда на нервную систему сводится к ее возбуждению и затем к последовательному развитию угнетения и паралича, но период возбуждения может оказаться слишком коротким и потому кажется иногда, как будто яд сразу приводит к развитию паралича, тогда как и в этих случаях дело сводится к тому, что яд первоначально действует возбуждающим образом, а затем угнетающим. При этом современная наука не оставляет сомнения в том, что и возбуждение, и угнетение зависят в сущности от дозы ядовитого вещества: при малой дозе и сильный яд, обычно приводящий к угнетению и параличу, может приводить к возбуждению и даже действие его будет ограничено одним возбуждающим влиянием; наоборот, зараз введенная большая доза ядовитого вещества может привести почти сразу к развитию паралича. Приняв эти факты в внимание, мы будем иметь полную возможность вполне удовлетворительно объяснить соотношение между меланхолией и манией, допустив гипотезу самоотравления организма при этих болезненных состояниях, в пользу чего, мне кажется, в настоящее время имеется более чем достаточное число фактов.

В этом отношении уже кое-что дают нам физиолого-химические исследования. Так, известно, что при маниако-депрессивных состояниях находят как обычное явление увеличенное количество индоксила в моче. Люис К. Брюс признает, что имеется связь между избытком индоксила в моче и состоянием депрессии и что индоксил является главным этиологическим моментом душевных заболеваний.

Надо, впрочем, заметить, что при исследованиях самого же Брюса в 4 случаях меланхолии не было найдено увеличения индоксила в моче. Также и Кэвиет особенно часто находил увеличение индоксила в маниако-депрессивных состояниях, где, по наблюдениям автора, имеется настоящий параллелизм между развитием приступа и колебаниями индоксила. Следует иметь в виду, что индоксил открывается и в стадии угнетения, и в стадии возбуждения с тем лишь различием, что в депрессивной стадии его больше, чем в стадии возбуждения.

Само собой разумеется, что известная часть индоксила при этом может объясняться застоями в кишечнике, обуславливаясь происходящим в нем гниением вместе с развитием микроорганизмов, так как этот способ происхождения индоксила уже доказан и экспериментальным путем.

Так именно и смотрят на происхождение индоксила некоторые из авторов. По Пардо, увеличение индоксила доказывает только наличие бактерий, что зависит от кишечных застоев и функциональной недостаточности кишечника. Его собственные наблюдения, произведенные на 118 душевнобольных, показывают, что увеличенное количество индоксила в моче может быть поставлено в связь главным образом с известными стадиями в развитии душевного расстройства. При этом уменьшение индоксила совпадало с улучшением душевного расстройства; с другой стороны, при устранении антисептическими приемами индоксилурии происходило и улучшение психического расстройства; в случае же, если антисептика не оказывала влияния, не изменялось и психическое расстройство. Но такое объяснение увеличенного количества индоксила может иметь значение главным образом для депрессивной стадии психоза, в которой обычны кишечные застои; но ничего такого обычно не наблюдается в маниакальной стадии, а между тем при этом все же открывается увеличенное количество индоксила.

Заслуживает также внимания факт, что и своевременное очищение кишечника в депрессивной стадии не устраняет

совершенно индоксила.

Это наводит на предположение, что увеличение индоксила при маниакально депрессивном психозе может иметь и другое происхождение, представляясь результатом нарушенного обмена веществ.

Известно, что белок в организме под влиянием протеолитических энзим расщепляется на ряд соединений, в числе которых, между прочим, имеется и триптофан (протеинохромоген), образующийся и при гниении белковых тел. При восстановлении триптофана в свою очередь распадается на α-амидо-протеиновую кислоту и индол; последний же, окисляясь в организме, дает индоксил, который, будучи неустойчивым телом, дает при дальнейшем окислении два изомерных вещества — индиготин и индирубин, а при большей степени окисления — изатин.

В организме индоксил связывается частью серной кислотой, частью гликуроновой и служит к образованию индоксил-серной кислоты и индоксил-гликуроновой, но последняя, по-видимому, образуется лишь вместе с чрезмерным образованием в организме индоксила, когда для его связывания серной кислоты оказывается уже недостаточно. Обе кислоты и появляются в моче, в которой путем прибавления крепкой кислоты они выделяют индоксил, превращающийся затем путем окисления (с помощью хлора, полуторахлористого железа и пр.) в гелиндиготин, а последний, благодаря своей неустойчивости, легко переходит в синий индиготин или красный индирубин, при избытке же окисления получается бесцветный изатин (Майяр).

Из вышеизложенного ясно, что индоксил может быть не только результатом гниения в кишечнике или гнойных процессов в организме, но что он может быть и результатом неправильного обмена веществ.

В пользу этого говорят, между прочим, и наблюдения Клечковского и Блюменталя, которые доказывают увеличение индоксилурии при раздражении спинного мозга и его нервов и при сахарном уколе в продолговатый мозг. Поэтому естественно, что у душевнобольных индоксилурия может быть тканевого происхождения.

В пользу того же говорят также и исследования М. Кауфмана над эпилептиками, который наблюдал увеличение индоксила в моче перед припадком, после же припадка количество его уменьшалось. Тот же автор в двух случаях прогрессивного паралича констатировал, что, несмотря на голодание и тщательную промывку кишечника, количество индоксила в

моче оставалось без изменения.

Можно предположить, таким образом, что при нарушении обмена веществ в самих тканях образуется триптофан, который и окисляется затем в индоксил. Есть возможность к клиническими методами выяснить происхождение индикана.

Так, при индоксилурии кишечного характера обнаруживается зависимость его от количества принимаемой пищи, увеличение при приеме щелочей, уменьшение при молочнокислой диете и при назначениях антисептических и *mag. bismuthi*.

При индоксилурии гнойного и тканевого происхождения ни приемы пищи, ни введение *mag. bismuthi* не изменяют его содержания в моче; но зато при тканевой индоксилурии поглощение щелочей уменьшает выделение индоксила, тогда как при гное индоксилурия не уменьшается вместе с введением щелочей.

Таким образом, и по отношению к вопросу о происхождении индоксила при маниакально-депрессивном психозе могут быть сделаны соответствующие разъяснения.

Действительно Зейге наблюдал увеличение индоксила при маниакально-депрессивном психозе, особенно значительное в периоды депрессии, несмотря на тщательное опорожнение кишечника с помощью карлсбадских препаратов, вследствие чего индиканурию в этом случае автор относит к влиянию центральной нервной системы.

Позднее тот же автор на двух меланхоликах и трех больных циркулярным психозом также наблюдал большое количество индикана; при антисептическом содержании кишечника количество индикана достигало 0,5, с выздоровлением же оно падало резко.

В этом отношении заслуживает также внимания недавно произведенные у нас исследования д-ра Оморокова над определением количества индоксила у душевнобольных с целью выяснить, с одной стороны, связь индоксилурии с психическим состоянием, с другой — происхождение индоксилурии при психозах. Определение производилось по методу Валовского, в котором показателем количеств индоксила являются цифры хлора, потребленного при окислении всего мочевого индоксила, причем случаи с потратой хлора большей 0,16 должны считаться повышенным содержанием индоксила. Другим методом для определения количеств индоксила служил метод Ванг-Баума, который исключительно затем и применялся. Исследования

произведены над 21 больным, из которых 7 с маниако-депрессивным психозом, один случай старческой меланхолии, 2 с amentia, 4 с dementia praecox и 7 с прогрессивным параличом.

При этом оказалось, что в случаях dementia praecox увеличения индоксила не имелось. Также у двух аментиков не было особенно характерных изменений в отношении выделения индоксила. Напротив того, в 7 случаях прогрессивного паралича было постоянное увеличение индоксила, причем молочнокислая диета, каломель и висмут понижали здесь количество индоксила до минимума, что доказывает кишечное его происхождение. В других 8 случаях прогрессивного паралича, исследованных время от времени, повышения индоксила не обнаружено.

Напротив того, маниакально-депрессивные состояния дали особенно интересные данные. Во всех 8 случаях обнаружено большое количество индоксила в моче, при этом в некоторых случаях, этой формы повышенное количество индоксила, несомненно, тканевого происхождения, так как не уменьшалось ни от молочнокислой диеты, ни от каломели и висмута.

Таким образом, не относя происхождение маниакально-меланхолического психоза на счет увеличенного образования индоксила, необходимо признать, что у этих больных дело идет об аутоинтоксикационных процессах с таким изменением обмена, при котором белок распадается на ряд межуточных веществ, которые и способствуют повышению индоксила. Должно иметь в виду, что повышенные количества индоксила в организме сопутствуют ослаблению процессов окисления в организме, как показывают в случаях автора коэффициенты Робина.

Таким образом, эти данные не оставляют сомнения в том, что в организме больных с маниакально-меланхолическим психозом имеются нарушения обмена, зависящие от аутоинтоксикации, не объясняемой одной задержкой отправления «кишечника, причем эта аутоинтоксикация, очевидно, сильнее выражена в депрессивной стадии, нежели в маниакальной.

В согласии с вышеизложенным стоят и исследования над газообменом, которые также доказывают понижение окислительных процессов при маниакально-меланхолическом психозе. Исследования, которые в этом отношении производились у нас д-ром Омороковым с аппаратом Гепперта и Цунца, показали, что задержка газообмена обнаруживается как в депрессивной стадии, так и в стадии возбуждения,

причем понижение окислительных процессов происходит значительно резче, нежели в стадии возбуждения.

Таким образом, становясь на точку зрения самоотравления организма как основы маниакально-депрессивного психоза и руководясь вышеприведенными данными, необходимо прийти к выводу, что сущность самоотравления при этом психозе, с одной стороны, не обуславливается состоянием кишечника и, с другой стороны, представляется одной и той же как в меланхолической, или депрессивной, так и в маниакальной, или экзальтационной, стадии.

Но в меланхолической стадии самоотравление достигает большей степени, нежели в маниакальной. Таким образом, рассматривая две стадии маниакально-меланхолического психоза, маниакальную и меланхолическую, мы признаем для них одинаковый по сущности патогенез, состоящий в специфическом самоотравлении организма, но в маниакальной стадии, которая состоит в возбуждении функций мозговых центров, степень отравления меньше, в меланхолической же стадии, состоящей в угнетении функций нервной системы, степень отравления оказывается более значительной.

Само собой разумеется, что гипотеза самоотравления ничуть не исключает вазомоторной теории по отношению к этим психическим состояниям, которую проповедовал еще Мейнерт и которая в последнее время также развивается некоторыми из авторов, например, Таблитцером. Напротив того, следует допустить, что вступление в круг кровообращения вредоносного или ядовитого вещества, действующего в больном организме на сосудодвигательную систему, и может обусловить в одних случаях спазм артериальных сосудов тела, в том числе и мозговых, в других случаях, наоборот, расширение артериальных сосудов.

Такая вазомоторная теория, которую принимаем и мы для объяснения патологических состояний угнетения и возбуждения, по нашему мнению, может вполне удовлетворительно объяснить как тесное клиническое соотношение меланхолии и мании, так и быструю смену в известных случаях одного состояния другим, а также известное соотношение в степени и глубине маниакальных и меланхолических приступов при двойственном (*folie a double forme*) и циркулярном психозах.

Если, таким образом, представляется возможным установить патогенетическое родство между манией и меланхолией, объясняющее нам и тесное клиническое соотношение между обоими состояниями, то отсюда очевидно, что оба эти

состояния, несмотря на кажущееся внешнее различие и до известной степени даже противоположность явлений, должны быть обобщаемы под одним общим наименованием маниакально-меланхолического психоза.

С этим вместе различаемые ранее формы меланхолии простой и периодической, мании простой и периодической, кругового психоза, двойственного и чередующегося психоза могут быть рассматриваемы как разновидности одной общей клинической формы — маниакально-меланхолического психоза.

С вышеизложенной точки зрения становится совершенно излишним спор о том, могут ли встречаться мания или меланхолия не периодически. Отчего, спрашивается, не могут, если в одних случаях условия для самоотравления организма развились лишь под влиянием каких-либо случайных причин, затем более уже не повторяющихся, тогда как в других случаях в самом организме лежат условия для возобновления вышеуказанных условий, приводящих к развитию самоотравления, причем в зависимости от его степени мы имеем или маниакальный, или меланхолический приступ с тем, что в обоих случаях обратная стадия протекает лишь в крайне умеренной степени и кратковременно. Там же где самоотравление возобновляется время от времени, проявляясь по силе в виде двух степеней, мы имеем двойственный психоз. Наконец, в третьих случаях мы имеем условия для постоянного самоотравления, которое колеблется лишь в степени, давая основу для так называемого циркулярного или кругового психоза.

Очевидно, что сущность вопроса заключается не в признании или отрицании непериодических форм меланхолии и мании, а в том, что хотя бы меланхолические и маниакальные состояния встречались на расстоянии большого периода времени или встречались совершенно изолированно, не возобновляясь второй раз в течение жизни, тем не менее они имеют между собой внутреннее родство в смысле одного и того же патогенеза, какое только можно себе представить. Поэтому все болезненные состояния, будут ли они представлять собой простую меланхолию и манию или периодические формы того и другого состояния, или, наконец, так называемый круговой или двойственный психоз, должны быть отнесены к одной и той же болезненной форме как отдельные ее разновидности, причем в силу этого общая болезненная форма должна получить одно общее наименование маниакально-меланхолического психоза вместо не совсем правильного названия маниакально-депрессивного психоза.

**О ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ
ЗНАЧЕНИИ ВОСПИТАНИЯ
СОЧЕТАТЕЛЬНЫХ РЕФЛЕКСОВ
ПРИ ИСТЕРИЧЕСКИХ
АНЕСТЕЗИЯХ И ПАРАЛИЧАХ**

Избранные труды
В. М. Бехтерев

Многочисленные попытки исследования кожных рефлексов, уколами у истеричных нередко приводят к тому, что анестезия, бывшая в начале исследования ясно выраженной, начинает постепенно ослабевать, первоначально на месте раздражения уколами, а затем и в остальных частях пораженной области. То же наблюдается и при воспитании сочетательных двигательных рефлексов, если анестезированная область подвергается методическому электрическому раздражению для получения сочетательного двигательного рефлекса по выработанному у нас методу. Мало-помалу анестезия ослабевает и, наконец, исчезает совершенно.

Неоднократно также случалось наблюдать, что если у больных имеется истерический паралич, то воспитание сочетательных рефлексов на парализованной конечности приводит к тому, что вместе с появлением сочетательного рефлекса движения в парализованных областях начинают постепенно восстанавливаться и, наконец, истерический паралич излечивается более или менее совершенно.

Таким образом, вслед за воспитанием сочетательного двигательного рефлекса на парализованной конечности идет и восстановление тех движений, которые мы называем личными, или, как их обыкновенно называют, произвольными.

Эти наблюдения, пока еще не очень многочисленные, дают основание полагать, что в методике воспитания сочетательных двигательных рефлексов мы имеем одно из терапевтических средств, приводящих к излечению истерических анестезий и истерических параличей.

Обращаясь к объяснению этого факта, можно, конечно, поставить вопрос, имеется ли в данном случае внушение особого рода или же прямое растормаживание угнетенной функции. По-видимому, следует держаться второго мнения, хотя не исключена возможность, что в этих случаях играет известную роль и внушение. Во всяком случае, как бы ни решался этот вопрос, дело идет здесь о важном терапевтическом методе, быстро устраняющем болезненные расстройства.

Ввиду того что так называемое психическое лечение анестезий и параличей у истеричных требует, вообще говоря, особых приемов, в которых играет роль в той или иной мере

искусство и опытность врача, вышеуказанный терапевтический метод, с нашей точки зрения, заслуживает особого внимания, тем более, что оно не утрачивает своего значения и там, где, благодаря тем или иным условиям, обнаруживается более или менее явное противодействие как внушению, так и другим психотерапевтическим приемам. Так как имеются наблюдения, что глухота у истеричных быстро исчезает по мере того, как у больных воспитывается сочетательный двигательный рефлекс на звуковые раздражения, то есть все основания полагать, что и другие истерические или так называемые функциональные симптомы подобного же типа, независимо от того, будут ли они встречаться у истериков или у других невротиков, должны поддаваться лечению вышеуказанным методом.

В этих видах такого рода наблюдения должны быть продолжены в разных направлениях, чтобы выяснить позднее значение нового терапевтического метода, что будет сделано по накоплению клинического материала.

О ПСИХО-РЕФЛЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ

Избранные труды
В. М. Бехтерев

В то время, как рефлексология начинает пробивать себе пути в область патологии, служа к объяснению некоторых из патологических проявлений нервной системы, в числе которых мы назовем, кроме многих других, наркоманию, болезненные привычки разного рода (например, онанизм и др.), различные фобии и половые извращения, ибо эти состояния не могут быть понимаемы иначе, как в форме патологических сочетательных рефлексов ², необходимо иметь в виду, что рефлексология открывает себе путь и в область терапии нервных болезней.

Примером могут служить те же болезненные состояния психогенного происхождения, о которых речь была выше. Психо-рефлекторное воздействие во всех болезненных состояниях психогенного происхождения должно преследовать две цели: с одной стороны по возможности затормозить возникший при известных условиях и упрочившийся патологический сочетательный рефлекс, а с другой стороны, привить или воспитать новый сочетательный рефлекс в соответствии с требованиями здоровой жизни.

Для пояснения возьмем случай сексуального извращения, которое приходится лечить психо-рефлекторным методом. Применяя этот метод, мы пользуемся словом, как символом, который, благодаря упрочившемуся у всех людей сочетанию, замещает собою либо реальные внешние впечатления, либо определенные душевные состояния. Но,

спрашивается, как при психо-рефлекторном методе можно пользоваться словом, как символом?

Прежде всего, в случаях привычек болезненного характера мы стараемся, с одной стороны, противодействовать сложившемуся путем привычки патологическому сочетательному рефлексу, воспроизводя путем слова определенные тормозящие впечатления, указывая на несоответствие патологического сочетательного рефлекса природе организма и на происходящий отсюда моральный и физический вред здоровью и упрочивая в то же время связь их с реакцией отвращения и с необходимостью в интересах здоровья полного воздержания от повторения патологического сочетательного рефлекса; с другой стороны, мы всемерно стараемся привить организму больного нормальный сочетательный рефлекс, для чего возбуждаем путем слова все реакции, поддерживающие этот сочетательный рефлекс, и заставляем больного по возможности осуществить его на деле, дабы сделать его привычным для организма сочетательным рефлексом, каким он и является в огромном большинстве случаев у нормальных людей.

Возьмем другой пример, представляющий случай патологического страха, или так называемые фобии. Допустим, что мы имеем фобию открытых мест. Как известно, эта фобия состоит в том, что больному навязывается мысль, что на открытом месте с ним может что-либо произойти, например, сердце его не выдержит, и он не будет в состоянии перейти открытую площадь. В таком случае психо-рефлекторное воздействие должно быть направлено на то, чтобы оживить все реакции, тормозящие развитие страха при данных условиях, и, прежде всего, путем убеждения о полном здоровье организма вообще и сердца в частности, вселить больному уверенность относительно невозможности какого-либо неожиданного с больным происшествия во время перехода через площадь. Этим самым уже тормозится развитие того страха и волнения, которые сочетаются у такого рода больных с одним видом большой площади.

Но помимо этого необходимо таким больным вселить уверенность относительно действительной возможности переходить площади без всяких дурных последствий для себя и поддержать эту уверенность осуществлением спокойного перехода открытых площадей, чем упрочивается нормальный сочетательный рефлекс, свойственный всем вообще здоровым людям.

Возьмем еще пример из области наркомании. Допустим, что

мы имеем наркоманию в форме привычного пьянства. В этих случаях, опять-таки, применяя психо-рефлекторный метод, мы должны стремиться к возбуждению всевозможных психических тормозов в отношении привычного злоупотребления алкоголем, связывая с последним при посредстве слова и причиняемый вред здоровью, и нравственные последствия как для самого больного, так и для его семьи, и в то же время воспроизводя перед ним материальные последствия привычного пьянства. С другой стороны, необходимо укрепить одновременно и здоровый сочетательный рефлекс воздержания путем оживления реакций, связанных с положительной стороной воздержания, как в смысле большей трудоспособности при воздержании, так и в смысле укрепления здоровья и, наконец, в смысле нравственных и материальных выгод для больного.

Таким образом и здесь, как и во всех других случаях, психо-рефлекторный метод лечения сводится, с одной стороны, к возбуждению, развитию и укреплению соответствующих тормозов патологических сочетательных рефлексов, а с другой стороны, к возбуждению, развитию и укреплению нормальных сочетательных рефлексов, отвечающих интересам здоровья организма.

В заключение нужно остановиться еще на одном способе психо-рефлекторной терапии при наркомании и вообще при привычных ненормальных склонностях. Этот способ заключается в упрочении путем сочетания привычного наркотического яда с реакцией отвращения, вызываемой вместе с его приемом искусственными физическими приемами. Таким способом я давно уже пользовался при отучении больных от курения табаку. Для этой цели мной применяется слабый раствор arg. nitrici для полоскания горла, вследствие чего не только самое курение табаку, но даже умственное воспроизведение этого курения сопровождается возбуждением реакции отвращения от противного впечатления, вызванного раздражением табачным дымом воспаленной слизистой оболочки носоглоточного пространства.

Естественно, что если такая реакция будет поддержана в течение продолжительного времени, то курение будет в конце концов оставлено, как акт, не только не возбуждающий привычной реакции удовлетворения, но и возбуждающий на место первой реакции отвращение.

Далее известно, что народ пользуется для лечения хронического алкоголизма в некоторых случаях не без успеха примесью к водке рвотных веществ, возбуждающих

отвращение. Этот метод, применявшийся мною в отдельных случаях, требует еще научной разработки, которая была начата между прочим в противоалкогольном Институте одним из его врачей, но была затем временно прервана по не зависящим от него обстоятельствам.

Ясно, что и этот метод лечения алкоголизма основан на том же принципе, как и метод отучения от курения табаку с помощью полоскания горла раствором *arg. nitrici*, т. е. на принципе возбуждения, развития и упрочения сочетательного рефлекса отвращения и рвоты при одном виде спиртного напитка, возбуждавшего ранее сочетательный рефлекс удовлетворения.

О СОЧЕТАТЕЛЬНО-РЕФЛЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ [Избранные труды](#) *В. М. Бехтерев*

Вместе с развитием учения о сочетательных рефлексах, исследуемых мною в сотрудничестве с целым рядом лиц первоначально на животных, а затем с начала текущего столетия на людях, стала выясняться особая роль искусственного воспитания сочетательных рефлексов в смысле восстановления нарушенных функций нервной системы при неврозах. Как известно, сочетательный двигательный рефлекс в постановке нашей методики получается путем многократного совмещения, вызванного электрическим раздражением двигательного рефлекса с индифферентным (в смысле данного рефлекса) звуковым, световым и другим раздражителем, после чего тот же двигательный эффект получается и на одни звуковые, световые и другие раздражения. И вот оказалось, что этот же прием получает терапевтическое значение при анестезиях и параличах невротического происхождения. В этом отношении еще в 1918 г. в редактируемом мною «Обзрении психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии» я писал следующее: «Многократные попытки исследования уколами кожных рефлексов у истеричных нередко приводят к тому, что анестезия, бывшая в начале исследования ясно выраженной, начинает постепенно ослабевать, первоначально на месте раздражения уколами, а затем и в остальных частях пораженной области. То же наблюдается и при воспитании сочетательных двигательных рефлексов, если анестезированная область подвергается методическому раздражению с помощью электрического тока для получения с нее сочетательного двигательного рефлекса по выработанному у нас методу. Мало-помалу анестезия ослабевает и, наконец, исчезает совершенно.

Неоднократно также случалось наблюдать, что если у больных имеется истерический паралич, то воспитание сочетательных рефлексов на парализованной конечности приводит к тому, что вместе с появлением сочетательного рефлекса движения в парализованных областях начинают постепенно

восстанавливаться и, наконец, истерический паралич излечивается более или менее совершенно.

Таким образом, вслед за воспитанием сочетательного двигательного рефлекса на парализованной конечности идет и восстановление тех движений, которые мы называем личными или, как их обыкновенно называют, произвольными».

С тех пор наблюдения в этом отношении проводились в том же направлении и можно было убедиться, что в методе воспитания сочетательных двигательных рефлексов мы имеем действительное лечебное средство против анестезий и параличей при неврозах.

Не менее благоприятные результаты были получены у нас и при воспитании сочетательных рефлексов на звуковые раздражения у лиц с функциональной глухотой при травматических неврозах, а также и при истерии. Вместе с многократной пробой воспитывать по выработанному у нас методу сочетательный рефлекс у оглохших от контузии постепенно, но в общем быстро, чаще всего в течение нескольких сеансов, совершенно утраченный ранее слух восстанавливался.

По показанию такого же рода больных вместе с воспитанием сочетательных рефлексов у них как бы «отворяются» уши.

Очевидно, что и истерическую слепоту можно исправлять точно таким же приемом. Во всяком случае, в методе воспитания сочетательных рефлексов мы получаем важное терапевтическое средство, дающее возможность быстро исправлять истерические параличи и анестезии кожной поверхности и специально воспринимающих органов. Очевидно, что функционально заторможенные корковые связи в этих случаях под влиянием соответствующих раздражителей и установления сочетательных связей между ними и двигательным аппаратом подвергаются растормаживанию, чем и достигается в данном случае восстановление функциональной деятельности.

Позднее методика воспитания сочетательных рефлексов существенно расширилась. Так, при работах в заведываемом мною Государственным рефлексологическом институте по изучению мозга явилась возможность, с одной стороны, получать сочетательный рефлекс путем сочетания активного движения рукой при словесном раздражителе «действуй» с одновременно производимым индифферентным раздражением, например, звуками, после чего это движение осуществляется и при одном индифферентном раздражении при посредстве звука.

Таким образом, мы здесь имеем настоящий сочетательный рефлекс в виде движения руки на один звук. При этом

выяснилось, что такие же сочетания пассивного движения руки со звуком не дают возможности воспитывать сочетательный рефлекс вышеуказанного характера (Дернова, Ярмоленко). Точно так же, если звуковой раздражитель совмещать с словесным раздражителем «подними» и вместе с тем испытуемый будет производить активное поднятие пальцев руки от ключа, на котором они лежат, то при повторении этих сочетаний легко образуется сочетательный рефлекс отдергивания пальцев руки на одно звуковое раздражение.

В дальнейшем оказалось возможным пользоваться сочетанием возбуждающего словесного раздражителя «подними», а также затормаживающего данное действие в смысле противодействующего приказа «не поднимай» (т. е. не поднимай пальцев) со звуком еще и в ином отношении. Допустим, что воспитан сочетательный рефлекс с помощью совмещения электрокожного и звукового раздражителя на звук «до». Как известно, вначале такой рефлекс недифференцирован, так как отдергивание пальцев руки происходит и на звук «до» и на звук «фа» и на всякий другой звук. Но вместо того, чтобы продолжать дифференцировку постоянным подкреплением полученного рефлекса путем сочетания «до» с электрокожным раздражителем и оставлением без подкрепления такими сочетаниями других звуков, мы говорили одновременно со звуками «фа» и «не отнимая». У испытуемого в таком случае затормаживается рефлекс на «фа». Но вместе с тем торможение распространяется и на другие звуки: «ре», «ми» и пр., а иногда даже и на «до», и в таком случае для восстановления сочетательного рефлекса на «до» требуется новое его сочетание с электрокожным раздражением, которое с восстановлением сочетательного рефлекса может вновь распространить свое возбуждающее влияние на другие звуки, пока окончательно не установится соответствующий рефлекс на один звук «до».

С другой стороны, если мы имеем торможение воспитанного сочетательного рефлекса на данный звук и будем сочетать этот звук со словом «отними», мы тем самым растормозим сочетательный рефлекс на данный звук и вместе с тем растормозятся сочетательные рефлексы и на другие звуки. Опыты, которые были произведены у нас д-ром В. Н. Осиновой, показали, что словесный раздражитель тормозящего характера в большинстве случаев вызывает ответную реакцию быстрее, нежели словесный раздражитель возбуждающего характера и, с другой стороны, воздействие первого раздражителя приводит и к заторможению воспитанного ранее сочетательного рефлекса.

Вышеуказанный метод показывает значение сочетания словесного раздражителя того или иного характера, т. е. тормозящего или возбуждающего, с рефлексорным

раздражителем.

Это и дало основание применять вышеуказанный метод в целях рефлексотерапии. В Государственном рефлексологическом институте по изучению мозга этот метод получил применение против привычного воровства у детей дошкольного возраста и частью школьного возраста. Д-р В. Н. Осипова провела рефлексотерапию этого рода на 7 приютских детях в возрасте от 9 до 12 лет, из них 3 девочки и 4 мальчика, причем в этом числе имелись и настоящие kleptomаны, и дети с привычным воровством. При этом с детьми, приводимыми для лечения в институт, во избежание условий внушения не велось предварительно никакой беседы по поводу их воровства, а делался только опрос имени, фамилии, возраста, школы, класса и не допускалось при этом никаких других вопросов. Самое же лечение состояло в следующем.

После установления степени возбудимости пальцев к электрическому току у ребенка воспитывается сочетательный рефлекс на звук и определяется скорость сочетательного рефлекса для выяснения сочетательно-возбудимого или сочетательно-тормозного типа. Затем производится сочетание такого минимального электрокожного раздражения, которое вызывает отдергивание пальцев со словом «не бери». Таких сочетаний производится 10 и этим дело на первый раз заканчивается. Подобные же приемы лечения повторяются приблизительно через неделю или большее или меньшее число дней. Впоследствии методика сводилась к сочетанию того же слова «не бери» с одним звонком и притом с одинаковым успехом. Уже после 2—3 таких сеансов наблюдалось улучшение, а после 6 сеансов наступило выздоровление, прослеженное 6—7 месяцев. Рецидив был лишь в одном случае, что могло зависеть от неподходящей обстановки. Некоторые же из выздоровевших детей сами с удивлением заявляли, что «влечение к воровству у них прекратилось благодаря лечению током». Далее, была сделана попытка со стороны В. Н. Осиповой применить тот же метод против детского онанизма при посредстве сочетания слова «не трогай» с электрическим током.

Дерново-Ярмоленко и Тарановой аналогичный метод сочетания электрического тока был применен у детей с ночным недержанием мочи, причем здесь с электрическим током сочетали словесный тормозной раздражитель «не мочись». И в этом, и в другом случае дело идет лишь о начале исследований и число наблюдений еще слишком незначительно, чтобы делать соответствующие выводы, но все же и в онанизме, и в ночном недержании мочи результаты такой терапии пока оказались вполне благоприятными. Эти исследования, конечно, будут продолжаться и тогда будет о них сказано окончательное слово.

Чтобы отдать себе отчет в значении словесного раздражителя в вышеуказанных случаях, необходимо иметь в виду, что он имеет всегда и везде замещающее значение по отношению к тому действию, символическим знаком которого служит. Так, в жизненных условиях «возьми», «не бери», «не трогай» основаны на прочной связи этих словесных раздражителей с условиями мер воздействия — поощрительных при соответствующем выполнении, противодействующих при невыполнении этого приказа. Очевидно, что в вышеуказанных случаях многократное вкоренение такого словесного раздражителя в связи с основным раздражителем,

возбуждающим оборонительный рефлекс, а затем и с сочетанным с ним раздражителем достаточно, чтобы возыметь соответствующее лечебное воздействие.

Естественно, возникает вопрос, не имеем ли мы дело в последних случаях с внушением или же дело идет о прямом растормаживании угнетенной функции в одних случаях или стимулировании активной задержки в других. Этот вопрос тем более уместен, что и в клептомании, и в онанизме, и в ночном недержании мочи я на основании своего опыта имел прекрасные результаты с помощью психотерапии отвлечением.

Так как и само внушение с рефлексологической точки зрения следует рассматривать как растормаживание путем словесного раздражителя в одном случае (например, при устранении навязчивого влечения) и установление и упрочение связи между внешним раздражителем и действием в другом случае (например, когда делается внушение: «при виде такого-то предмета вы сделаете то-то»), то, по-видимому, нельзя видеть существенного различия между вышеуказанным приемом с применением сочетательного рефлекса на словесный раздражитель и внушением, но все же в применяемом методе мы имеем более механизированный процесс сочетания высших рефлексов с рефлексогенным, или индифферентным раздражителем, нежели практикуемое внушение, вследствие чего не может быть и противодействия со стороны внушаемого с характером противовнушения, с другой стороны, в нем нет и следов гипнотического состояния.

Возьмем пример Тогау — лечебного приема против алкоголизма, который состоит в даче несколько раз рвотного вместе с вином и который основан на непосредственном сочетании двух раздражителей — одного с характером влечения и другого, более сильного раздражителя, с защитным характером. Можно ли говорить в этом случае о внушении? Полагаю, что нет. Другой пример: в моей практике неоднократно имелось налицо благоприятное успокаивающее действие вводимого под кожу физиологического раствора взамен привычного впрыскивания

раствора морфия, что можно вернее всего объяснить установившимся путем сочетания благотворным действием самого укола на общее состояние организма, нежели внушением.

Во всяком случае вышеуказанные лечебные приемы с характером рефлексотерапии заслуживают особого внимания ввиду того, что они дают в общем прекрасные результаты и в тех отдельных случаях, где применение гипнотического внушения и других видов психотерапии может не дать соответствующих результатов.

Выводы

1. Сочетательно-рефлекторная терапия, будучи близка по своей природе к внушению, отличается от него более механизированным характером, лишаящим возможности осуществлять со стороны испытуемого противовнушение.
2. Сочетательно-рефлекторная терапия, являясь новым средством лечебного воздействия, в соответствующих случаях может оказать безусловно благоприятное воздействие.
3. Особенное значение эта терапия может иметь при истерических параличах и анестезиях и при истерической глухоте.
4. При болезненных и привычных влечениях сочетательно-рефлекторная терапия, как показывали опыты над воровством у детей, дает также полезные результаты там, где внушение может не оказать соответствующего воздействия.

PSEUDOPOLIMELIA PARAESTHETICA В ФОРМЕ МНИМЫХ ЧЛЕНОВ

**Избранные
труды**

В. М. Бехтерев

В 1894 г. я опубликовал работу под заглавием «Своеобразное распределение в параличе чувствительности и движения» и пр.. В этом случае дело шло об огнестрельном дробовом ранении в верхние отделы шейного спинного мозга на границе с продолговатым мозгом. Из всех других симптомов заболевания, между прочим, обращал на себя внимание симптом, заключающийся в следующем: «В первое время вслед за ранением больному вместе с особым чувством тяжести в правой ноге постоянно казалось, что его правая нога согнута в колене, несмотря на то, что она на самом деле вытянута; благодаря этому больной, находя для себя неудобным согнутое положение своей конечности, нередко просил окружающих ее выпрямить. Ощущение это преследовало больного даже и в том случае, когда он собственными глазами убеждался в том, что его нога вытянута, а не согнута». Одновременно с этим у больного имелся паралич движения, резкое притупление осязания и

восприимчивости к давлению при утрате способности определять положение членов на правой стороне. При обсуждении этого своеобразного симптома я признавал в нем проявление галлюцинации в области определения положения членов и мог сравнить его с тем состоянием, которое испытывают ампутированные под влиянием раздражения, возникающего в перерезанных нервах конечностей, когда им кажется присутствие ампутированной конечности.

В позднейшей работе П. А. Останкова (из моей клиники) вышеуказанный симптом получил наименование мнимых или ложных конечностей *pseudomelia paraesthetica*. В этом случае, как и в моем, «конечность чувствуется в согнутом положении», и так же в ней ощущается тяжесть, «наконец, в обоих случаях коррекция зрения несколько не устраняет тягостные для больного ощущения». Необходимо иметь в виду еще и постоянство парестезии, которая держится без перемен в течение нескольких недель. Случай П. А. Останкова, находившийся под наблюдением совместно с другим моим ассистентом А. И. Карпинским, по локализации поражения также близок к моему, так как в нем была поражена та же верхняя область шейного мозга с участием прилегающей к ней области продолговатого мозга (судороги в губах, по временам одышка, учащение пульса, безгласие и пр.). В этом случае мы имеем следующие симптомы: «полную вялую параплегию верхних и нижних конечностей с полным параличом в них всех видов чувствительности, задержку мочеотделения и дефекации, постоянную тоническую судорогу в шейных мышцах, судорожные подергивания в мышцах губ, легкий парез небной занавески, тихий голос, приступы одышки, слабость Движений диафрагмы, отсутствие коленных рефлексов, симптом Бабинского, резко выраженный холодовый рефлекс, отсутствие кожных рефлексов, за исключением подошвенного, искривление позвоночника на уровне шейных и верхних грудных позвонков и, кроме всех этих симптомов, самый мучительный для больного — это чувство ложных конечностей». Только что перечисленный симптомокомплекс, толчкообразное развитие заболевания с некоторыми ремиссиями и быстрое его затем прогресирование, одновременное специфическое поражение костной системы (периоститы, распознанные специалистами) дают нам право на распознавание в данном случае люэтического менингомиелита, локализующегося в шейном отделе спинного мозга с участием в процессе нижнего отдела продолговатого мозга (*meningomyelitis cervicilisluetica et irritatio medullae oblongatae*).

Интересно, что в этом случае симптом имел двусторонний характер, ибо он обнаруживался в обеих руках и обеих ногах. Автор, между прочим, отмечает, что периферические раздражения, каковы перемена положения конечности, уколы, тепло и холод, не изменяют тягостной парестезии ложных конечностей, происхождение же этого симптома он относит к

раздражениям центрального отрезка проводников чувствительности и мышечного чувства.

Из первоначально опубликованного мною случая с дробовым поражением спинного мозга и только что рассмотренного случая видно, что симптом этот может быть наблюдаем при поражениях верхних отделов спинного мозга. В другом позднее опубликованном мною случае было обнаружено размягчение в области п. lenticularis. Следовательно, вышеуказанный симптом может быть и церебрального происхождения. Приведем вкратце описание этого случая. Здесь дело шло о хроническом алкоголике 38 лет, который с определенного времени (с 1883 г.) стал испытывать галлюцинации слуха с последующим образованием идей преследования. В 1884 г. около недели больной помещался в Саратовской психиатрической лечебнице. Затем 28 января 1887 г.

он поступил в Казанскую окружную лечебницу, где я его и наблюдал вместе с врагами лечебницы. Больной обнаруживал слуховые галлюцинации с враждебным для больного характером. С июля 1887 г. у больного обнаружены явления туберкулеза. 29 февраля больной внезапно упал с кровати, после чего у него обнаружен парез правого верхнего века, расширение левого зрачка, отклонение языка влево, затрудненный выговор слов при общем упадке сил и нарушенной ориентировке. 2 марта отмечено судорожное тоническое напряжение мышц обеих левых конечностей. На другой день паралич тех же конечностей. В начале открытия исследование показало при общей худобе заметно выраженную атрофию мышц левых конечностей и лопаточно-плечевой области. Резко выраженный паралич всей левой половины тела. Левая рука слегка полусогнута, но насильно может быть разогнута. Реакция мышц на токи слева ослаблена. Коленный рефлекс слева передается на правую конечность. В левой верхней конечности мышечное чувство (определение положения) совершенно утрачено, в левой ноге ослаблено. Другие виды восприимчивости, как болевая, осязательная и температурная, сохранены. Обращает на себя внимание в периоде развития паралича у больного упорное ложное ощущение двигающейся руки слева. Больной, не имея возможности двигать своей левой рукой, чувствует, однако, присутствие двигающейся левой верхней конечности, которая иногда закидывается за спину и как бы сдавлена лежащим на ней туловищем, в другой раз она лежит на его груди или животе. Больной вполне сознает, что это чувство ложное, так как знает, что его левая рука совершенно парализована, тем не менее не может отделаться от своего ощущения даже и в том случае, когда смотрит на свою неподвижно лежащую парализованную левую верхнюю конечность.

При вскрытии мозга обнаружены: помутнение мягких оболочек,

местами сращение с мозговым веществом. Сосуды основания без существенных изменений. В правом полушарии размягчение в передней части бокового желудочка серовато-желтого цвета. Размягчению подверглась большая часть п. lenticularis за исключением незначительного переднего его отдела с прилежащей частью белого вещества. Corpus caudatum и весь thalamus не поражены. В спинном мозгу на всем протяжении заметное уменьшение размеров левого переднего рога. При микроскопическом исследовании спинного мозга обнаружена атрофия клеток переднего левого рога. Отмечается также перерождение и атрофия левого бокового столба.

Не касаясь других явлений данного случая, отметим, что своеобразный симптом присутствия иллюзорной движущейся верхней конечности при параличе руки наблюдался в данном случае при утрате лишь одного мышечного чувства или способности определять положение членов, вследствие чего этот симптом здесь должен быть отнесен к церебральному поражению области п. lenticularis и соседнего белого вещества, ибо атрофические явления переднего рога с перерождением в левом боковом столбу должны быть признаны явлениями вторичными.

Во всех трех вышеуказанных случаях дело идет о своеобразном симптоме, который в свое время был назван парестетическим явлением с характером присутствия ложных конечностей, или парестетической псевдомелией. Не следует забывать, что эта парестезия в сущности представляет собой особый вид «телесных» иллюзий в форме присутствия, кроме членов своего тела, еще других иллюзорных членов, находящихся в покое или движении.

Из приведенных наблюдений явствует, что такие явления связаны с нарушением способности определять положение членов в пространстве. Однако от случаев tabes a, при котором мы имеем такое же нарушение способности определять положение членов, вышеуказанные случаи отличаются тем, что здесь дело идет не об одном только неузнавании положения своих членов, а о мнимом присутствии других иллюзорных членов, наряду с имеющимися парализованными или ампутированными. Это обстоятельство, как и упорство этих явлений, не исчезающих и при контроле зрением, показывает, что дело идет здесь о явлениях, обусловленных раздражением центростремительных проводников при существующем нарушении их проводимости наподобие, например, эксцентрических болей, развивающихся от раздражения проводников анестезированной области. И в самом деле в двух из вышеуказанных случаев имелись явления, указывающие на состояние раздражения в месте поражения.

Последний случай, между прочим, говорит за то, что для появления этого симптома не имеет существенного значения поражение других центростремительных проводников, кроме тех, которые служат для определения положения членов. Отсюда приходится допустить, что поражения с характером раздражения только что указанных проводников на всем протяжении от периферии до центров головного мозга включительно сопровождаются в некоторых случаях, согласно закону эксцентрической проекции, парестезией или галлюцинацией в виде иллюзорных конечностей. Небезынтересным представляется тот факт, что в отдельных случаях Дело идет о парестезии такого же рода, но не одной только, а о нескольких ложных членах тела, включая в том числе и голову. Вот одно из таких наблюдений в случае левосторонней гемиплегии, зависящей от эмболии ветвей *a. fossae Sylvii*.

Больной банковский служащий, 43 лет, происходит из здоровой семьи. Давно страдал недостаточностью клапанов аорты, характеризующейся резкими систолическими шумами. В остальном представлялся здоровым. Около начала октября 1924 г. он, занимаясь в банке, без каких-либо предшествующих условий почувствовал себя дурно и в течение 2—3 часов у него без явлений апоплексии парализовалась левая рука, нога и лицо. Он был доставлен в карете скорой помощи в Максимилиановскую лечебницу, куда я был приглашен в качестве консультанта осмотреть больного 3 ноября 1924 г. В первое время после инсульта стала

нарастать температура тела, поднявшаяся до 40°. Поясничным проколом обнаружено повышенное давление жидкости. При исследовании оказалась затылочная контрактура и симптом Кернига. Левосторонняя гемиплегия, причем левый глаз не закрывается при открытом правом глазе, тогда как правый глаз закрывается свободно при открытом левом глазе. Нижняя часть левой стороны лишь слегка опущена. Носогубная складка сглажена. Язык высовывается почти прямо. Левая щека при активных усилиях влево не оттягивается. Левая рука не обнаруживает никаких вообще движений; левая нога может лишь слегка сгибаться, других же движений в ней не обнаруживается. Пассивно левые рука и нога сгибаются без сопротивления. Коленный рефлекс слева не повышен, намек на клonus и едва заметный Бабинский. Кожная восприимчивость слева понижена. Способность определять положение членов на левой стороне также понижена. Но вот что заявляет больной о своем состоянии. Временами он испытывает, что у него на левой стороне две руки и от двух до шести нижних конечностей и три головы. Если он при этом двигает левой рукой и левой ногой или они пассивно смещаются, то он испытывает смещение только одной руки или ноги, о остальные нижние конечности лежат на месте. То же происходит и с головой при ее смещении, одна

голова двигается, а другие остаются на месте. Этот симптом, наряду с параличом у больного, оказался очень стойким, продолжаясь в течение многих месяцев.

На основании данных исследования в этом случае приходится признать поражение правого полушария с характером эмболии центральных ветвей сильвиевой артерии и с последующим размягчением, причем в поражение вовлечены внепирамидные системы, а в умеренной степени и пирамидные пути ввиду вялого характера паралича со слабыми намеками на симптом Бабинского и на клонус стопы.

В данном наблюдении заслуживает внимания то, что парестезия в виде мнимых членов обнаруживалась не только в отношении конечностей, но и головы, чего в прежде опубликованных случаях не наблюдалось. С другой стороны, особый интерес представляет то обстоятельство, что здесь дело шло о парестезии не в виде одного только иллюзорного члена, кроме парализованного, но в виде нескольких членов: иллюзорных три головы, две руки и в разное время от двух до шести нижних конечностей. В этом, как и в ранее опубликованных случаях, мнимые конечности находились в покоем положении и это покоем положение оставалось таким же и при смещении существующего парализованного члена. Между тем в иных случаях, как это было в одном нашем наблюдении (третьем из приведенных), мнимые конечности могут казаться находящимися в движении. Между прочим, это явление наблюдается иногда и при периферических поражениях. В одном из таких случаев, благодаря раздражению периферической культи, больная мучилась тем, что будто бы ампутированная в плечевом суставе верхняя ее конечность вращалась в этом суставе с необычайной быстротой, что чрезвычайно тяготило больную. Отсюда представляется необходимым различать две разновидности псевдомелии, или псевдополимелии, как и следовало бы назвать случаи со многими мнимыми конечностями: 1) пассивную, когда мнимые конечности остаются в покое, и 2) активную, когда мнимые конечности находятся в движении. При этом парестезия последнего рода представляете» всегда более тягостной по сравнению с первой.

В заключение заметим, что парестетическая псевдомелия, или псевдополимелия, необязательно наблюдается при существовании паралича, ибо в одном случае при явлениях алкоголизма с слуховыми галлюцинациями без резких параличных явлений я имел возможность наблюдать одностороннюю псевдомелию в крайне ярко выраженной форме. Здесь, таким образом, дело шло уже о самостоятельной «телесной» галлюцинации, что можно наблюдать в редких

случаях и у других лично (душевно) больных.

Что касается патогенеза этого, если мы обратимся к выяснению природы рассматриваемого симптома, то, очевидно, необходимо иметь в виду состояние раздражения проводников, передающих к центрам мышечную восприимчивость и дающих возможность определять положение членов в пространстве. В заключение заметим, что по своему характеру данный своеобразный симптом имеет некоторую аналогию с кожной полиэстезией и монокулярной диплопией и полиопией.

Общие выводы работы можно формулировать следующим образом:

1. Псевдополиимелия в виде «телесных» иллюзий или галлюцинаций, характеризующихся присутствием иллюзорных членов тела (руки, ноги, головы), может наблюдаться при поражениях на всем пути центростремительных проводников, служащих к определению положения членов, начиная от периферии до мозговых центров.
2. В основе этого симптома лежит раздражение упомянутых проводников, обусловленное тем или иным местным их поражением.
3. Рассматриваемый симптом может состоять не только в виде одного иллюзорного члена, но и нескольких иллюзорных членов (например, 2 головы, 5—6 ног и т. п.).
4. Иллюзорные члены могут оставаться в одних случаях в покое, в других случаях могут быть в движении, вследствие чего мы можем различать пассивную и активную псевдополиимелию.

КОММЕНТАРИИ

Избранные труды

В. М. Бехтерев

1. «Случай полной слепоты, сопровождаемой галлюцинациями зрения» (Протоколы заседаний Общества психиатров в С. — Петербурге 10/X 1883 г.).

Это короткое сообщение интересно тем, что показывает В. М. Бехтерева в качестве повседневного участника работы Общества психиатров в Петербурге. Обращает на себя внимание не только тщательность и яркость описания картины заболевания, но и применение сочетания неврологического и патофизиологического анализа. Следует отметить, что в период времени, к которому относится эта демонстрация В. М. Бехтерева, он работал над вопросом о значении органов равновесия в происхождении пространственных представлений и искажении последних. В опубликованных им работах по этому вопросу нет клинических иллюстраций. Приведенное описание показывает, что его теоретические положения основываются на

тщательном изучении клинического материала, примером которого является описываемый редкий случай заболевания.

2. «О лечении навязчивых идей гипнотическим внушением» (Врач, 1892, No 1).

В своей лечебной практике В. М. Бехтерев широко использовал и пропагандировал метод гипнотического внушения при различных нервных и психических заболеваниях. Данная статья является одной из первых среди многочисленных работ В. М. Бехтерева в этом направлении. Если достаточно популярной была идея лечения гипнозом истерии, то в отношении невроза навязчивых состояний в то время доминировала пассивная позиция, связанная с представлением о навязчивых состояниях как дегенеративных или конституциональных проявлениях.

Успешное применение гипноза при лечении ряда навязчивых состояний опрокидывало этот неправильный взгляд.

3. «О слышании собственных мыслей» (Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1896, No 10).

В. М. Бехтерев один из первых дает прекрасное описание клинической картины психического автоматизма в форме слышания собственных мыслей, т. е. в слухо-речевой сфере. Явления автоматизма встречались также в зрительной и двигательной сферах.

Первые наблюдения В. М. Бехтерева, на которые он ссылается в данной работе, относились к периоду времени незадолго до того, когда психические автоматизмы были описаны В. Х. Кандинским (1890).

В. М. Бехтерев предвосхитил ряд наблюдений Клерамбо, в частности, эхо мыслей, мысли-подсказки и т. д., что дает основание считать более правильным обозначение синдрома психического автоматизма не синдромом Кандинского-Клерамбо, а синдромом Кандинского-Бехтерева. В. М. Бехтерев приводит ряд ценных наблюдений и теоретические соображения, которые в настоящее время имеют актуальное значение. Он правильно относил слышание мыслей к слуховым галлюцинациям. 4. «О внушающем влиянии слуховых обманов чувств» (Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1896, No 11).

В этой небольшой статье В. М. Бехтерев делает смелую и оригинальную попытку объяснить ту непреодолимую силу очевидности, какую имеют обманы чувств при слуховом галлюцинозе у больных с сохранным интеллектом и способностью критически разбираться во всем, что не

соприкасается с содержанием галлюцинаторных переживаний.

Значение данной работы заключается в том, что устанавливаемая В. М. Бехтеревым связь не критического отношения больных к содержаниям галлюцинаций с состоянием, характерным для гипнотического внушения, дает ценный материал для понимания галлюцинаций в свете учения И. П. Павлова о гипнотических фазах.

5. «Об искусственном вызывании обманов чувств у алкоголиков, страдающих галлюцинаторными формами помешательства» (Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1897, No 2),

Из этой статьи видно, что В. М. Бехтерев один из первых начал заниматься изучением галлюцинаторных явлений, прибегая к дополнительным клиническим исследованиям. Он убедительно отвергает на основании собственных данных периферический генез этих явлений (не отрицая совсем известной роли периферического компонента) и содействует тем самым разработке этой проблемы. Он делает попытку подойти к генезу галлюцинаций с патофизиологической стороны. В. М. Бехтерев подчеркивает значение монотонных раздражений органов чувств для возникновения галлюцинаций.

6. «О периодических приступах ретроактивной амнезии» (Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1900, No 4),

Вопрос о сущности ретроактивной (ретроградной) амнезии принадлежит к числу наименее выясненных в психопатологии. Ретроактивная амнезия имеет разнообразные варианты, знание которых необходимо для решения более общих вопросов, связанных с этим явлением. Один из таких вариантов содержится в данной работе В. М. Бехтерева.

Короткая ретроградная амнезия, возникающая приступообразно с последующей амнезией на самый приступ представляет собой интереснейший вид периодической смены психопатологических явлений, не нашедший отражения в литературе как до описания В. М. Бехтеревым, так и после него.

7. «Об особом, развивающемся в детстве нервном поражении, выражающемся двигательными расстройствами и слабоумием» (Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1901, No 3).

В этой статье В. М. Бехтерев описывает редкую форму заболевания, выражающуюся в сочетании двигательных нарушений типа дрожания конечностей и мозжечковой атаксии,

расстройства речи и явлений слабоумия. Отмечая у больной ряд эндокринно-вегетативных нарушений, В. М. Бехтерев полагает, что в основе всего синдрома лежит поражение мозжечка и коры головного мозга. В. М. Бехтерев обращает внимание на то, что, помимо наследственных моментов, в развитии данного заболевания имел значение ряд других этиологических факторов, в частности, дефекты внутриутробного развития, асфиксия в родах и т. д. Автор в отличие от Кривца не остался в плену у идеи о фатальной роли наследственности, господствовавшей в то время.

8. «О навязчивых кишечных и пузырных кризах и о значении при них лечения внушением» (Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1901, No 3).

Статья представляет одну из первых работ В. М. Бехтерева, в которой он описывает развитие навязчивых состояний, непосредственно связанных с нарушением деятельности внутренних органов.

Особый интерес описываемых в данной статье историй болезни заключается в указании, что возникновение заболевания происходило при условии предшествовавшего нарушения функции внутреннего органа.

Однако проблема кортико-висцеральной патологии была успешно разработана К. М. Быковым и его учениками.

9. «О расстройствах в сфере чувственного восприятия у душевнобольных» (Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1902, No 4).

Хотя статья написана в психологическом плане с сугубо субъективным толкованием психопатологических явлений, тем не менее она представляет определенную ценность. В ней приведена история болезни с ярким описанием явлений так называемой соматической деперсонализации. Ослабление чувственного восприятия у душевнобольных В. М. Бехтерев объясняет сноподобными психическими состояниями и отвлечением внимания. Этим дается ценный клинический материал к патофизиологическому пониманию указанного расстройства в свете созданного впоследствии Н.Е. Введенским и И.П. Павловым учения о фазовых явлениях, составляющих основу сноподобного состояния и открытого И. П. Павловым закона индукции нервных процессов, лежащего в основе внимания. Тот факт, что имя В. М. Бехтерева не упоминается в различных обзорах как в зарубежной, так и в отечественной литературе, посвященных проблеме деперсонализации и связи ее с расстройствами ощущений, является существенным пробелом и свидетельством изживаемой лишь сейчас

недооценки выдающихся работ наших соотечественников.

10. «О галлюцинаторном психозе, развивающемся при поражении органа слуха» (Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1903, No 2).

Вопрос о роли поражения периферических органов (висцеральных органов чувств) при психических заболеваниях, обсуждавшийся старыми психиатрами, незаслуженно игнорировался в течение последних десятилетий. В настоящее время этот вопрос вновь привлекает интерес советских психиатров. Этому способствуют многочисленные работы отечественных физиологов и особенно К. М. Быкова и его сотрудников, показавшие теснейшую обоюдостороннюю зависимость между деятельностью внутренних органов и высшей нервной деятельностью. Разрабатываемая в настоящее время проблема рефлекторного патогенеза психических заболеваний при поражениях периферических органов, делает существенно важной клиническую казуистику, относящуюся к этой области.

Публикуемая работа В. М. Бехтерева содержит прекрасные клинические иллюстрации и обобщенную характеристику галлюцинаторных картин, сочетающихся с поражением органа слуха.

Замечание В. М. Бехтерева о значении личного (не наследственного) предрасположения, характеризующегося «особой возбудимостью нервной системы, благодаря чему периферическое раздражение со стороны органа слуха поднимает возбудимость центров до появления в них болезненной реакции, выражающейся развитием иллюзий и галлюцинаций», является прогрессивной точкой зрения отечественной науки начала XX века.

11. «О нарушении чувства времени у душевнобольных» (Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1903, No 3).

В этой статье В. М. Бехтерев описывает у психически больных расстройство чувства времени, которое может наблюдаться вместе с другими психопатологическими симптомами или проявиться отдельно.

В. М. Бехтерев подчеркивает единство и взаимообусловленность элементарных и сложных психических нарушений.

12. «О значении внимания в отношении локализации и развития галлюцинаторных образов» (Обозрение психиатрии, неврологии

и экспериментальной психологии, 1904, No 11).

Среди работ, которые В. М. Бехтерев посвятил вопросам клиники и патогенезу галлюцинаций, настоящая работа является одной из важнейших. Она посвящена изучению наиболее трудного вопроса — о проекции галлюцинаторных образов. Можно утверждать, что В. М. Бехтерев является первым автором, систематически исследовавшим этот вопрос. Ему удалось обнаружить весьма важные закономерности. В современных

зарубежных трудах по вопросу о галлюцинациях (исключением в этом отношении является монография Мурга) эта работа В. М. Бехтерева не упоминается.

В настоящей статье В. М. Бехтерев показывает роль, которую играют внешние раздражители в проекции галлюцинаторных явлений. Задолго до Хэда и Холмса он отметил, что больные в некоторых случаях локализуют аффективное состояние в той или иной периферической области тела. В. М. Бехтерев рассматривает это явление как результат патологической связи между двумя различными сферами восприятия. Он пишет: «Есть основание полагать, что и патологические аффективные состояния, и общие ощущения могут при известных условиях относиться к тем или другим областям, где их локализация представляется явно ненормальной. Этим, например, объясняется заявление больных, что они испытывают «страх в мочевом пузыре» или что у них «тошнит левую ногу». При этом более внимательные расспросы показывают, что дело идет в этом случае не о фигуральном лишь выражении, а о таких состояниях, которые больные иначе выразить не могут. Он дает объяснение этому явлению в связи с общей своей концепцией об условиях проекции галлюцинаций.

13. «Признание действительности за галлюцинаторное переживание, как одно из проявлений психического расстройства» (Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1906, No 6).

В этой работе обнаруживается интерес В. М. Бехтерева к вопросам, относящимся к проблеме деперсонализации. Представленные им клинические примеры отличаются своеобразными проявлениями, а описания их — яркостью и интересной трактовкой.

В. М. Бехтерев не пользуется термином «деперсонализация», несмотря на то, что, судя по литературе, на которую он ссылается, проблема эта была ему хорошо известна.

В этой работе В. М. Бехтерев высказал свой взгляд на сущность

соответствующих нарушений, который незаслуженно игнорировался последующими авторами.

14. «О галлюцинаторных воспоминаниях» (Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1907, No 6).

В работе содержится ряд интересных психопатологических примеров своеобразных галлюцинаторных переживаний и устанавливается связь их возникновения с различными нарушениями бодрственного состояния. В. М. Бехтерев, несомненно, прав, указывая, что описанные им галлюцинаторные явления проливают свет на патогенез галлюцинаций.

15. «Об отношениях между психическими и нервными болезнями» (Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1908, No 1).

Статья посвящена обоснованию неразрывной связи, существующей между психическими и нервными болезнями. В. М. Бехтерев в данной работе прямо заявляет, что «психическая деятельность находится в полной и безусловной зависимости от деятельности высших корковых центров нервной системы...».

В. М. Бехтерев указывает на необходимость сближения психиатрии с остальной медициной. Он подчеркивает, что биохимические изменения в организме, ведущие к самоотравлению его, могут «вызывать функциональные расстройства деятельности мозговых клеток».

В статье содержатся отдельные устаревшие положения. Так, В. М. Бехтерев не изменяет существовавшего тогда взгляда на эпилепсию как на невроз. Истерию он трактует здесь еще как болезнь обмена.

Высказываемое В. М. Бехтеревым в данной статье положение, что в основе психических заболеваний лежат нарушения «функции высших центров нервной системы и ее сочетательных связей», близко подходит к учению И. П. Павлова о патофизиологии высшей нервной деятельности.

Будучи выдающимся исследователем морфологии центральной нервной системы, В. М. Бехтерев хорошо понимал важнейшее патогенетическое значение функциональных нарушений в развитии психозов.

В. М. Бехтерев признает, что нужно «совершенно отказаться от анатомического принципа в объяснении разнообразных психических расстройств, наблюдаемых при душевных

болезнях». В. М. Бехтерев подчеркивает, что «основа душевных или психических болезней должна быть патологофизиологическая, а не патологоанатомическая». Эти взгляды В. М. Бехтерева, противостоящие укоренившимся в медицине вирховианским представлениям о природе болезней, приобретают особое значение в настоящее время.

16. «О маниакально-меланхолическом психозе» (Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1909, No 11).

Значение статьи заключается в том, что в ней В. М. Бехтерев сумел преодолеть господствующие в психиатрической литературе, особенно за рубежом, взгляды Крепелина на маниакально-депрессивный психоз. В. М. Бехтерев не признает решающей роли наследственности при этом заболевании. Он обнаруживает переходящие биохимические изменения в организме при маниакально-депрессивном психозе, как и при других психических болезнях, и тем самым не оставляет места для моргановейсманистских представлений об «эндогении». Полагая, что психоз вызывается самоотравлением организма, более выраженным при меланхолии, В. М. Бехтерев указывал на возможность его излечения. Утверждение В. М. Бехтерева, что некоторые воздействия на нервную систему приводят «к ее возбуждению, а затем к последовательному развитию угнетения и паралича», обнаруживает его стремление выяснить патофизиологическую основу маниакально-депрессивного психоза.

17. «О терапевтическом значении воспитания сочетательных рефлексов при истерических анестезиях и параличах» (Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1917, No 1—2).

В этой статье впервые ставится вопрос о применении методики воспитания условных (сочетательных) рефлексов как терапевтического метода при лечении истерических симптомов.

18. «О психорефлекторной терапии» (Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1914, No 10—11).

В. М. Бехтерев делает первые по времени попытки теоретического обоснования метода условнорефлекторной терапии нервных заболеваний. Им высказывается основное положение, что данный метод лечения должен содержать воздействия, направленные на торможение образовавшихся патологических рефлексов и восстановление, возбуждение нормальных рефлексов. В связи с этим рассматривается и психотерапевтическое воздействие как словесный раздражитель, вызывающий необходимую для лечебных целей

перестройку условнорефлекторной деятельности. В этой работе В. М. Бехтерев впервые выдвинул идею условнорефлекторной терапии алкоголизма. Последнее тем более заслуживает внимания, что американские ученые стремятся приписать себе приоритет условно-рефлекторной терапии алкоголизма.

19. «О сочетательно-рефлекторной терапии» (Вестник современной медицины, 1925, No 11).

Доклад, сделанный на съезде по охране здоровья детей и подростков, состоявшемся 16/XI 1925 г.

В. М. Бехтерев суммировал данные своих работ о сочетательно-рефлекторной терапии ряда болезненных состояний — анестезий, парезов и параличей при истерии, ночного недержания мочи, клептомании, алкоголизма.

В дальнейшем условнорефлекторная терапия находит приложение в работах Н. В. Канторовича, И. Ф. Случевского, И. В. Стрельчука, С. П. Воробьева и др.

Значение этих работ В. М. Бехтерева заключается не только в примененной им методике и описанных им формах, но и в учете самого условнорефлекторного момента в патогенезе заболевания и использовании его как одного из существенных принципов лечения.

20. «Pseudopolymelia paraesthetica в форме мнимых членов» (Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1926, No 4—5)

В этой статье В. М. Бехтерев описывает новый симптом. Он справедливо сближает описанное им нарушение с галлюцинациями, монокулярной диплопией и полиопией, с кожной парестезией, явлениями фантома. Во всех нарушениях В. М. Бехтерев видит ложную пространственную проекцию ощущений вследствие недостаточности анализа нарушенных ощущений в мозговых центрах. Эта работа имеет большое значение. Эти идеи В. М. Бехтерева позже были развиты рядом авторов в учении о расстройстве схемы тела. Только в последнее время психиатрия становится на путь сближения расстройств схемы тела и галлюцинаций, без чего ни те, ни другие не могут быть поняты, на путь, начатый В. М. Бехтеревым как в этой работе, так и в ряде других его работ.